ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

TROISIÈME SÉRIE



ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.



ERNEST BESNIER
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

BROCQ
Médecin des Hôpitaux.

A. DOYON
Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER
Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP
Chirurgien des Hôpitaux.

E. VIDAL
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE
CORDIER, J. DARIER, DIDAY, W. DUBREUILH, DU CASTEL
AILLETON, GAUCHER, GÉMY, HALLOPEAU, HARDY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME
L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN
MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PIGNOT, PORTALIER, QUINQUAUD
PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAUT
P. SPILLMANN, G. THIBIERGE, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

Dr HENRI FEULARD
Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME III. — 1892

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCII

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA RÉPARTITION DES SÉCRÉTIONS GRASSES NORMALES A LA SURFACE DE LA PEAU

Par **X. Arnozan**
Chargé du cours de Dermatologie à la Faculté de médecine de Bordeaux.

La connaissance précise des dermatoses ferait un grand pas le jour où il serait possible de bien étudier les sécrétions normales de la peau au point de vue de leur quantité et de leur composition chimique et où l'on pourrait par conséquent se rendre compte de leurs modifications pathologiques. C'est une vérité tellement banale qu'elle n'a besoin ni d'être discutée ni d'être démontrée. Les immenses progrès que l'analyse précise des urines a fait faire à la pathologie rénale et même à la pathologie générale nous prouvent bien l'importance des notions chimiques exactes relatives aux liquides sécrétés. Malheureusement pour la peau, les recherches qu'entraîne cette étude sont d'une difficulté considérable, d'abord parce que les produits de ces sécrétions sont peu abondants, ensuite parce que la proximité sur presque tout le tégument des glandes sébacées et des glandes sudoripares amène le mélange des liquides fabriqués par les deux espèces de glandes et ne permet pas de distinguer ce qui provient de chacune d'elles.

Pour être grande, la difficulté n'est peut-être pas insurmontable : les progrès de l'histochimie, de la microchimie nous ménagent, je l'espère, à cet égard, plus d'une surprise heureuse; mais nous les attendons encore. On a essayé de tourner l'obstacle en exagérant les

sécrétions normales, la sueur en particulier, par des excitants divers, tels que la pilocarpine. Le procédé ne paraît pas absolument correct. La sueur sécrétée après injection de pilocarpine sous la peau est-elle absolument normale ? Répondre oui ou non, c'est faire une pétition de principe. La question reste donc en suspens, et ces expériences, tout intéressantes qu'elles soient par elles-mêmes, ne peuvent servir à la connaissance exacte des sécrétions cutanées dans leur état véritablement physiologique.

N'étant pas en mesure, pour bien des raisons, d'aborder le problème dans toute son ampleur, nous avons essayé d'en étudier un des côtés les plus simples. Dans une communication qui a eu un grand retentissement, M. Unna, l'éminent dermatologiste de Hambourg, posait cette question : Que savons-nous de la séborrhée ? Et montrant l'insuffisance de nos connaissances, il commençait à y porter remède par une série d'études, de critiques, d'aperçus ingénieux, études et critiques d'où est sortie la notion si précieuse de l'eczéma séborrhéique. Le point spécialement visé par Unna était celui-ci ; les glandes sudoripares prennent une part importante, il disait presque prédominante, à l'élaboration des substances grasses versées à la surface de la peau par les sécrétions cutanées. Nous ne voulons ici ni confirmer ni combattre cette proposition ; notre but, beaucoup plus modeste, est le suivant : déterminer quelles sont les régions du tégument où l'on trouve à l'état normal des corps gras exhalés à sa surface.

Les recherches que nous avons faites dans les traités de physiologie nous ont peu éclairé sur ce point. Longet, Béclard, Beaunis, Küss et Mathias Duval, Jolyet et Viault dont nous avons tour à tour compulsé les ouvrages, ne nous donnent que des renseignements insuffisants. A côté d'expériences minutieuses sur la sécrétion salivaire ou hépatique, ils accordent à peine quelques lignes à l'histoire de la fonction sébacée de l'homme. Sans plus ample informé, ils attribuent aux glandes sébacées la fabrication de toutes les substances grasses trouvées à la surface de la peau, donnent à ces substances le rôle de lubrifier les poils, de lustrer la peau et d'augmenter l'imperméabilité du tégument. Mais on voit en définitive que le sujet n'a pas retenu leur attention et qu'ils l'ont plutôt indiqué que traité. Les articles *Sueur* (François Franck) et *Glandes sébacées* (Robin) du Dictionnaire encyclopédique sont beaucoup plus complets et plus explicites. Le premier nous apprend, même avant les travaux de Unna, que la sueur peut renfermer des corps gras (acides gras volatils) ; le second donne sur la structure, le fonctionnem glandes sébacées des détails intéressants, personnellement o et peut-être un peu oubliés après lui. Mais il faut arriver au déjà cité de Unna pour voir la question des sécrétions grasse peau réellement posée et débattue. A la suite de ses important

munications, *que savons-nous de la séborrhée ?* et de l'*eczéma séborrhéique*, de nombreuses polémiques ont eu lieu. La plupart des dermatologistes paraissent avoir accepté les idées de Unna sur le rôle des glandes sudorales dans la sécrétion des matières grasses ; quelques-uns cependant restent réfractaires (Gamberini. *Giornale ital. delle mal. vener. e della pelle*, 1889) et veulent tout au moins réserver une part importante aux glandes sébacées dans l'eczéma séborrhéique (Hallopeau, Vidal, *Réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis*, 1889). D'ailleurs, la plupart de ces polémiques ont visé spécialement la séborrhée pathologique. La physiologie même des sécrétions grasses a été délaissée, excepté dans les leçons de Kaposi (seconde édition française) où mon vénéré maître M. Ernest Besnier et son collaborateur M. Doyon ont mieux que partout ailleurs expliqué « l'origine multiple de la lubrifaction graisseuse de la peau » (p. 153, t. I).

Malgré ces récents progrès, la question reste encore obscure, et sur le point spécial que nous avons indiqué plus haut : comment se répartit la sécrétion des corps gras sur toute la surface tégumentaire ? nous n'avons pour ainsi dire aucun renseignement précis. Pour étudier cette partie du problème, il fallait résoudre une question préalable : trouver le moyen de déceler à la surface de la peau les quantités de corps gras les plus minimes qu'on y puisse trouver. Le moyen employé par Unna nous a paru un peu primitif : la sécrétion de la paume des mains graisse le papier, dit-il. Le fait n'est pas toujours facile à distinguer, et le procédé ne nous a pas donné des résultats fort constants ni fort réguliers. Les papiers réactifs employés par Aubert dans ses belles recherches (*Lyon médical*, 1874) ne nous ont pas procuré tous les succès que nous en attendions. Cependant, en appliquant fortement sur certains points de la peau un petit carré de papier buvard blanc, et en l'exposant ensuite longuement à des vapeurs d'acide osmique, nous avons pu voir apparaître des taches brunes ou noires, traces indiscutables que ce papier avait recueilli quelques parcelles grasses. Nous n'avons peut-être pas suffisamment utilisé ce moyen d'exploration ; et peut-être serons-nous amené à y revenir. Mieux étudié, mieux surveillé qu'il ne l'a été par nous jusqu'à présent, il donnerait vraisemblablement des indications précises sur la manière dont les sécrétions grasses se répandent sur le tégument.

Le procédé que nous avons utilisé est assez singulier ; comme c'est sur son emploi que nous avons établi les recherches sommaires qui vont suivre, nous croyons devoir le décrire avec quelques détails. Tout le monde connaît les propriétés giratoires du camphre. « Lorsque de petits fragments de camphre sont jetés dans l'eau, ils se livrent à des mouvements vibratoires rapides, qu'arrête immédiatement la pointe d'une aiguille qu'on plonge dans l'eau après l'avoir

frottée contre les cheveux. Ce qui veut dire que les corps gras arrêtent comme par enchantement les évolutions du camphre. Si une parcelle de camphre ne tournoie pas dans l'eau distillée, on peut affirmer que l'eau contient des corps gras ou que les parois du récipient sont enduits d'un voile de graisse » (Malagutti, *Dict. encyclop. des sciences médicales*, article Camphre). C'est de ce passage que nous avons cité textuellement, bien que devant faire à son égard quelques réserves, que nous avons tiré notre technique d'exploration : projeter des parcelles de camphre à la surface d'un verre d'eau puis toucher cette surface avec l'extrémité d'un agitateur préalablement frottée sur un point de la peau, voilà toute l'expérience. Si l'agitateur a rencontré des corps gras, la giration du camphre s'arrête brusquement dès qu'il a touché l'eau, et les parcelles sont même projetées assez fortement vers les parois. S'il n'a pas rencontré de corps gras, les petits morceaux de camphre continuent à tournoyer. En répétant cette exploration successivement sur tous les points du corps, nous avons pu nous rendre un compte exact des régions qui sont naturellement enduites de corps gras et de celles où cet enduit fait défaut. Mais avant d'exposer les résultats que nous avons obtenus il est bon d'insister un peu sur la valeur même du procédé et les incidents possibles de ces petites expériences.

Malgré sa simplicité, le phénomène n'est pas sans une certaine élégance. Rien n'est curieux comme cette giration du camphre : de toutes les parcelles projetées à la surface de l'eau, aucune ne se meut du même mouvement que les autres, les unes tournent avec une certaine lenteur, les autres avec une vélocité extraordinaire ; celles-ci restent presque sur place, celles-là décrivent des orbites plus étendus. Au moment où tous ces corpuscules sont en pleine activité et donnent presque l'image d'une fourmilière, vous venez à effleurer la surface de l'eau avec une baguette de verre à peine huilée, aussitôt tout mouvement s'arrête, et les parcelles de camphre, repoussées comme par une force invisible, viennent s'arrêter le long des parois du vase et restent désormais immobiles, suivant seulement les ondulations qu'un choc antérieur a pu imprimer au liquide. Si rapides cependant qu'aient été cet arrêt et cette répulsion, on a pu reconnaître qu'ils se produisaient plus vite au voisinage du point touché par l'agitateur, se propageant excentriquement à partir de ce point, comme si le corps gras s'étalait en forme de tache à la surface de l'eau.

Le plus ou moins de brusquerie de l'arrêt, la vitesse plus ou moins grande avec laquelle les corpuscules sont repoussés, constituent des nuances que l'on s'habitue très vite à apprécier et qui permettront peut-être plus tard d'apprécier le degré de fluidité du corps gras ou son abondance relative.

Diverses circonstances peuvent altérer ou faire manquer les expé-

riences. L'eau doit être d'une pureté irréprochable. Elle doit bien entendu ne contenir aucun corps gras ; telle est à ce sujet la sensibilité des corpuscules de camphre que si après un essai on se contente de jeter l'eau et de remplir à nouveau le vase, la quantité infinitésimale du corps gras qui a pu rester sur les parois, suffit pour empêcher les fragments de camphre d'exécuter leurs mouvements : projetés dans le liquide, ils restent alors immobiles à sa surface. Avant de se reservir du même vase, il faut donc le rincer largement sous le courant d'un robinet. L'eau chargée de poussières, telle qu'on peut la trouver dans des vases restés découverts, est également impropre à l'expérience, les poussières nageant à la surface s'opposant d'emblée à la rotation des corpuscules.

Les vases, utilisés pour ces épreuves, doivent eux aussi être admirablement propres. Ils ne doivent pas être trop grands, et les plus convenables sont des verres de table ordinaires, ou mieux encore des verres à bordeaux. Dans des vases plus grands tels que des cristallisoirs, les phénomènes d'arrêt et de répulsion ne se produisent que sur certains points limités et n'ont pas assez de netteté, la rotation pouvant alors persister dans les points éloignés du contact de l'agitateur. Celui-ci doit également être lavé ou essuyé après chaque essai. Quant aux fragments de camphre, ils doivent être des plus petits, gros à peine comme des grains de sable ou des têtes d'épingle ; il faut écraser entre deux doigts une parcelle de camphre et en laisser tomber la poussière sur l'eau.

On nous pardonnera d'insister sur ces détails, à coup sûr fort ennuyeux, mais nécessaires. Nous ne voudrions pas, si jamais quelqu'un a le désir de contrôler nos observations, que l'ignorance d'un point de technique en apparence insignifiant vînt modifier les résultats. Nous sommes certain que placé dans des conditions identiques à celles où nous nous sommes mis, aucun observateur ne verra autrement que nous.

Un point d'une haute importance dans ce petit sujet, et qu'il faut maintenant élucider est le suivant : les corps gras sont-ils les seuls capables d'amener l'arrêt de la rotation du camphre, dans les conditions expérimentales ci-dessus énoncées. L'opinion classique, l'opinion de tous ceux qui ont étudié le camphre au point de vue de ses propriétés physiques et chimiques, est que les corps gras ont seuls ce privilège. Néanmoins nous avons tenu à vérifier par nous-même l'action d'un certain nombre de corps, et nous avons commencé par les corps gras eux-mêmes, pour voir s'ils jouissaient tous de cette propriété au même degré ou à des degrés différents, puis nous avons pris des substances dérivées des corps gras ou pouvant leur être comparées, enfin des corps absolument différents. C'est ainsi que nos tentatives ont porté successivement sur l'huile, la graisse, le beurre,

puis sur la glycérine, la vaseline, les savons ; enfin l'alcool, l'éther, certains liquides de l'organisme, des poudres inertes. Les résultats que nous avons obtenus ont été les suivants :

De tous les corps gras, l'huile est celui dont l'action d'arrêt est la plus manifeste ; le beurre et la graisse ont une action moins rapide. Mais si l'on a soin de se servir d'un agitateur préalablement chauffé, le beurre et la graisse se fondant à son contact présentent alors les mêmes effets inhibitoires que l'huile. La glycérine et la vaseline sont sans réaction ; l'éther et l'alcool troublent la rotation sans l'arrêter ; les poussières n'agissent qu'à la condition d'être projetées à la surface du liquide en quantités relativement considérables. La salive ne détermine aucune réaction. Seuls les savons émulsionnés agissent avec autant de netteté et de rapidité que les corps gras ; mais les savons étant eux-mêmes des dérivés de ces derniers, il nous semble qu'au point de vue qui nous occupe, notre expérience conserve toujours sa valeur et que l'arrêt de la rotation des fragments de camphre indiquera toujours que l'agitateur a recueilli à la surface de la peau un corps gras véritable ou un acide gras combiné à une base minérale (savon). Elle est d'ailleurs incapable d'une signification plus précise.

La valeur de l'expérience du camphre étant ainsi connue, nous n'avons plus qu'à indiquer les résultats que nous avons obtenus chez l'homme. Nous avons d'abord fait nos essais chez des adultes et nous avons constaté que les différentes parties du tégument sont très inégalement lubrifiées par la sécrétion grasse normale. Toute la face et le cuir chevelu, la nuque, le dos, la région présternale, et les épaules, le pubis sont constamment recouverts d'une couche huileuse visible ou non mais toujours appréciable à notre réactif. D'ailleurs cette couche huileuse ne paraît pas se présenter sur tous les points de ces diverses régions avec la même abondance. Sur le nez, sur les sillons des ailes du nez, au menton, dans le pavillon de l'oreille elle est toujours relativement considérable. Le front, les joues, le dos, le pubis ne viennent qu'en seconde ligne ; à un degré moindre encore nous trouvons la nuque, la région présternale, les épaules.

La région sous-hyoïdienne et les côtés du cou sont très pauvres en sécrétions grasses.

Les régions que nous n'avons pas nommées sont dépourvues de sécrétion graisseuse appréciable. Ce sont la région sous-ombilicale les parties latérales du tronc, les fesses et les membres. Nous n'avons pas exploré suffisamment les organes génitaux, surtout chez la femme. On conçoit combien cet examen pratiqué sans motif compréhensible pour les sujets que j'y soumettais, était difficilement accepté.

Entre les régions à surface graissée et les régions dépourvues de cet enduit la transition est loin d'être brusque. Sur la face antérieure du tronc par exemple, la région présternale est en général assez riche

en enduit, puis vers les parties latérales elle s'appauvrit assez vite. On voit alors l'arrêt du camphre devenir de moins en moins net à mesure que l'agitateur a été mis en contact avec un point de plus en plus éloigné de la ligne médiane, preuve que la sécrétion va en s'atténuant dans le même sens.

Deux régions ont spécialement attiré notre attention : la paume des mains et les aisselles. Pour les premières, à part une exception, nous n'avons jamais obtenu l'arrêt du camphre, encore ce cas exceptionnel méritait-il d'être critiqué, la main de notre sujet n'ayant peut-être pas été à l'abri de tout contact avec les corps gras. En thèse générale, nous croyons donc que la paume des mains est dépourvue absolument d'enduit gras. Quant aux aisselles, nous avons eu les résultats les

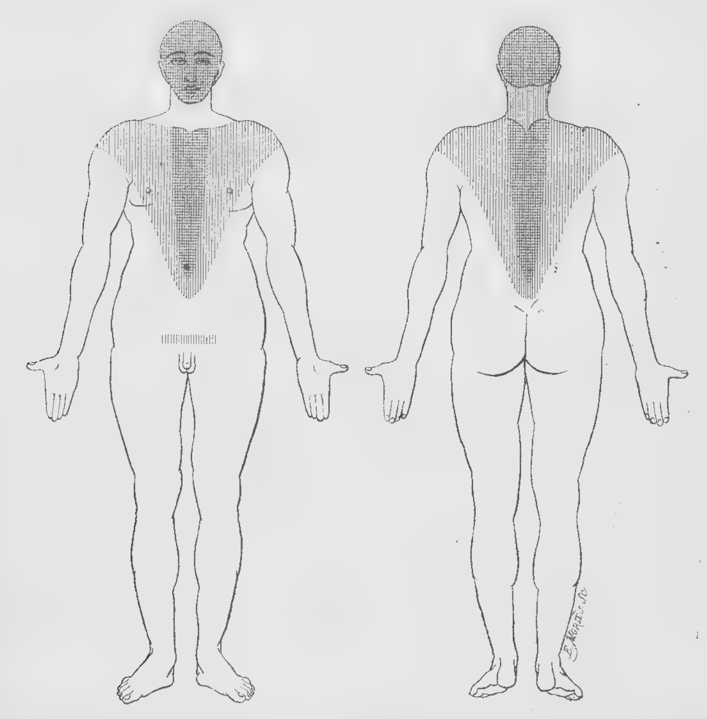


Schéma représentant la distribution normale de la secrétion grasse sur le tégument d'un adulte sain.

plus variables : tantôt la réaction était positive, tantôt elle était négative ; c'est-à-dire que parmi les aisselles que nous avons examinées, les unes étaient revêtues de graisse, et les autres non. Est-ce à dire que tel individu a toujours l'aisselle grasse, tel autre jamais ? C'est possible ; nous ne croyons pas cependant pouvoir l'affirmer. Dans tous les cas où nous avons constaté la présence de la graisse il y avait ab-

sence de sueur ; au contraire les aisselles humides étaient dépourvues de graisse. Il pourrait donc se faire que l'absence de la graisse fût due à la sueur, et que le même sujet suivant le moment où on l'examine parût tantôt avoir et tantôt ne pas avoir de graisse axillaire. Mais nous manquons de documents pour trancher ce point special.

Ainsi il résulte de nos recherches que chez un adulte en bonne santé la peau est revêtue d'une couche huileuse sur toute la tête, sur le haut du tronc en avant et en arrière, sur les épaules et sur la région pubienne. Le reste du tégument paraît au contraire en être dépourvu. Nous ne pouvons produire cette formule comme l'expression d'un fait absolu, mais seulement d'un fait très général. Quelques sujets en effet présentent une peau sèche là où la plupart des individus la présentent au contraire souple et huilée. Fait intéressant : les régions où la sécrétion grasse manque quelquefois sont celles où nous l'avons vue habituellement le plus faible, par exemple la région sternale, les épaules. Elle ne manque au contraire jamais sur les point où elle est normalement forte, comme le nez et le menton.

Le schéma ci-contre rend compte de la distribution habituelle de la sécrétion grasse de la peau chez un adulte normal (abstraction faite des organes génitaux).

Nous n'avons constaté aucune différence bien nette, relativement aux sexes.

Les choses ne se passent pas de même chez l'enfant et chez le vieillard.

Pour l'enfant nous n'avons pas eu à notre disposition de bébé naissant. Les plus jeunes que nous ayons examinés avaient neuf mois. Or à cet âge nous avons constaté l'absence d'enduit huileux sur tout le tégument, même sur le cuir chevelu. Il est bien entendu que nous n'avons pas pris des sujets atteints de croûtes laiteuses, mais de beaux petits enfants à tête propre et à cheveux soyeux. Eh ! bien, sur ceux-ci la réaction d'arrêt du camphre est nulle ; et notre procédé ne nous a permis de constater aucune parcelle grasse, ni sur la tête, ni autour du nez, ni dans le dos, ni sur la poitrine, ni ailleurs.

Jusqu'à quel âge se prolonge cette non-secrétion ? Il ne nous a pas été possible de fixer des limites précises. Tout ce que nous avons pu constater, c'est que bien avant la puberté, dès l'âge de six, huit ou dix ans, la substance grasse se montre autour du nez, au menton, sur les joues, dans le cuir chevelu. La fonction sébogène paraît se constituer peu à peu ; mais elle est d'abord faible, indécise ; elle est tardive chez un grand nombre de sujets. Enfin quand la menstruation s'établit chez la jeune fille, quand la barbe pousse chez le jeune homme, la sécrétion s'accomplit sur toutes les régions que nous avans signalées.

Elle se présente chez l'adulte dans les conditions que nous avons précédemment indiquées, puis à mesure que la vieillesse s'avance elle

diminue. Peu à peu, les régions qui dans l'âge mûr étaient constamment humectées d'une couche huileuse se dessèchent ; la face antérieure de la poitrine, les épaules, la nuque perdent leur sécrétion grasse, le cuir chevelu semble à son tour en être privé ; elle s'affaiblit, elle disparaît presque sur les joues et une partie de la face, elle ne se maintient d'une façon durable et presque définitive que sur le nez et le menton. Car en ces derniers points nous l'avons retrouvée très active chez des vieillards qui avaient dépassé 80 ans.

La lubrifaction graisseuse de la peau est donc inégale aux différents âges, comme aux différentes régions. Nulle chez l'enfant, elle se développe surtout vers la puberté, persiste, peut-être même s'accentue chez l'adulte, puis décroît et se restreint de plus en plus chez le vieillard.

Dans cette évolution, la peau du nez est comme le centre autour duquel grandit et se propage d'abord la sécrétion grasse qui s'étend peu à peu à la face, à la tête, aux régions médianes et supérieures du tronc, et vers lequel elle se restreint ensuite graduellement, en abandonnant les unes après les autres les régions qu'elle avait progressivement occupées.

Comment cette sécrétion est-elle influencée par les divers épisodes physiologiques : repos, sommeil, menstruation, grossesse, etc.? Comment est-elle modifiée par l'état fébrile ? Ce sont des points que nous essaierons d'étudier plus tard. Nous chercherons aussi quel rapport il peut y avoir entre elle et les différentes dermatoses ; nous nous bornons à faire remarquer ici seulement la différence bien connue des affections du cuir chevelu chez l'enfant et chez l'adulte.

Quant à déterminer l'origine de cette sécrétion, à dire si elle vient des glandes sébacées ou des sudorales, nos expériences sont incapables de trancher cette question, mais on ne pourra s'empêcher de remarquer que les régions à sécrétion grasse sont précisément celles où prédominent les glandes sébacées, et que cette sécrétion paraît faire défaut dans les points où elles manquent ou sont très rares.

DE L'EXCISION DU CHANCRE SYPHILITIQUE
AU POINT DE VUE PRATIQUE

Par **Alex. Renault**
Médecin de l'hôpital de Lourcine.

A-t-on chance, par l'éradication du chancre de prévenir la syphilis, de l'empêcher d'éclore, ou au contraire cette méthode doit-elle être considérée comme décevante et illusoire et par conséquent rejetée de la pratique ?

Le problème semblait résolu par la négative, après le rapport de M. le professeur Cornil à l'Académie de médecine en 1887, les déclarations de MM. Neumann, Kaposi et Neisser, la remarquable leçon clinique de M. le professeur Fournier, en 1888, lorsque des communications et des tentatives récentes ont remis cette question en honneur et rendu nécessaire une discussion nouvelle.

La conclusion à tirer ressortira de l'examen impartial des faits.

Examinons d'abord le dossier des partisans de l'excision. Nous en trouvons trois convaincus : MM. Jullien, Derville et Edward Ehlers de Copenhague.

A la séance de la Société de dermatologie du 9 juillet dernier, M. Jullican rapporté deux observations récentes. La première est négative, le seconde positive. Je les résume très brièvement.

Un étudiant, dont la maîtresse était notoirement syphilitique, voit apparaître le 22 décembre 1890, une petite rougeur au niveau de la rainure balano-préputiale. Le 27, la tache, à peine grosse comme une tête d'épingle, devient papuleuse. Le 29, elle se recouvre d'une croûtelle.

L'excision est pratiquée le 30. Il n'y avait pas encore à cette date l'ombre d'adénite.

15 jours plus tard, induration de la cicatrice et 55 jours après le début du chancre, successivement papules cutanées et muqueuses.

L'éradication du chancre n'a donc nullement empêché l'éclosion de la syphilis.

La seconde observation semble favorable à la méthode.

M. Jullien voit, le 6 mars dernier, un malade porteur d'un ulcère de 1/2 cent. de diamètre, offrant nettement les caractères du chancre syphilitique. Les bords étaient nets, le fond couenneux et la base indurée. Le coït infectant remontait à 3 semaines. Cet ulcère siégeait dans la rainure balano-préputiale à gauche.

L'excision fut pratiquée très largement le lendemain 7 mars. A cette date, le chancre avait 13 jours d'existence et l'on pouvait déjà reconnaître une légère imprégnation ganglionnaire.

Au 9 juillet, c'est-à-dire près de quatre mois après le début du chancre, le malade n'avait encore présenté aucun signe de syphilis secondaire.

A côté de ces deux observations M. Jullien, dans un article paru dans le nº 95 du Bulletin médical de l'année 1891 et intitulé : « Possibilité d'enrayer la syphilis après l'apparition du chancre », M. Jullien, dis-je, rappelle trois autres faits, qui, par leur ancienneté, semblent plus concluants.

1º Éradication d'un chancre syphilitique le 27 octobre 1880. Le malade meurt en février 1884, d'une fièvre typhoïde, sans avoir offert antérieurement le moindre signe de syphilis constitutionnelle. En 1883, il s'était marié. De ce mariage, sont issus deux enfants, dont la santé jusqu'ici a été parfaite.

2º Circoncision le 28 janvier 1881, à l'occasion d'un chancre syphilitique du prépuce. M. Jullien a observé le malade pendant plus de 11 mois sans jamais constater le moindre accident et aujourd'hui encore, dix ans après l'opération, il est en mesure d'attester l'excellente santé de son client, qui s'est marié et est devenu père de famille.

3º Réinfection syphilitique 17 mois après l'excision d'un chancre, qui avait été considéré par M. Jullien, comme nettement spécifique et enlevé également le 28 janvier 1881.

M. le Dr Derville, dans un travail paru dans le *Journal des sciences médicales de Lille* et analysé dans les *Annales de dermatologie* du mois de mars 1891, se montre aussi partisan de l'éradication du chancre.

Il cite en particulier une observation dont voici le résumé très bref :

Une ulcération à fond grisâtre et à base indurée, occupant la face interne du prépuce chez un homme de 31 ans est excisée huit jours après son début. Ajoutons, détail important et qui servira dans la discussion ultérieure, qu'il n'y avait pas trace d'engorgement ganglionnaire. Le malade, revu attentivement pendant quinze mois, ne présente aucune trace de syphilis.

Le Dr Derville fait en outre remarquer, en faveur de l'excision, que cette opération supprime rapidement une affection locale, dont la durée habituelle est de cinq à six semaines environ.

Mais assurément le travail d'ensemble le plus important est la thèse inaugurale récente de M. le Dr Edward Ehlers de Copenhague.

M. Ehlers a relevé les cas d'excision connus dans la littérature médicale. Il en a trouvé 584 ; 447 ont donné un résultat négatif ; 137, un résultat positif.

Sur ces 137 cas, 65 ont été observés moins d'un an et 72 plus d'une année.

Notre jeune et brillant confrère de Copenhague pense que si l'éradication du chancre met trop rarement le malade à l'abri des accidents spécifiques ultérieurs, elle a au moins l'avantage de rendre la maladie plus bénigne, en supprimant un foyer de nombreux microbes, qui ne pourront plus pénétrer dans l'organisme pour l'infecter. Il base cette assertion sur la statistique, qui lui donne les résultats suivants : Sur 74 cas d'excision à résultat négatif, la syphilis n'aurait été qu'ébauchée dans 10 0/0 des cas, faible dans 80 0/0 et forte seulement dans 10 0/0. Sur le total des observations d'excision, soit 584, la syphilis n'eut que deux fois une évolution maligne.

Nous reviendrons plus tard sur la valeur de ces chiffres, à propos de la discussion des faits.

En regard de ces observations qui militent faiblement en faveur de l'éradication du chancre syphilitique, en voici d'autres dont la signification opposée est malheureusement trop éloquente.

Citons d'abord un fait créé par le hasard et des plus probants. Nous le devons à M. le D[r] Augagneur de Lyon.

Un malade entre à l'Antiquaille pour se faire soigner d'une blennorrhagie. L'écoulement de l'urèthre s'accompagnant d'un phimosis très étroit et très gênant, on pratique la circoncision. Le prépuce enlevé est examiné minutieusement et en aucun point on ne découvre de lésion, permettant de penser à un chancre. La réunion par première intention s'effectue rapidement. Mais le malade est obligé de rester deux mois à l'hôpital pour guérir sa blennorrhagie. A ce moment, c'est-à-dire 2 mois 1/2 après le coït infectant, on constate une roséole et des ganglions spécifiques.

Cette observation prouve d'une façon éclatante que l'éradication du chancre peut être inefficace, alors même qu'elle est pratiquée avant l'apparition du chancre même.

Un second fait, moins significatif que le précédent, qui a la valeur d'une expérience de laboratoire, n'en a pas moins une importance réelle au point de vue de l'inutilité de l'excision chancreuse, M. le D[r] Mauriac en est l'auteur.

Un étranger, âgé de 29 ans, se présente dans son cabinet le 2 février 1891 et lui montre deux petites érosions, lenticulaires, juxtaposées et situées sur la muqueuse préputiale à deux centim. environ de la couronne du gland. Les érosions, qui n'avaient que 3 ou 4 jours d'existence, étaient très superficielles et légèrement parcheminées à leur base. Peut-être y avait-il un peu d'adénopathie inguinale. Le syndrome primitif était donc très équivoque et à peine ébauché.

Séance tenante, M. Mauriac fit très largement l'excision des deux petites érosions.

Le lendemain de l'opération, une 3[e] érosion apparaissait, loin des deux premières, sur le côté opposé du prépuce et en un point très voisin de la couronne. Quand M. Mauriac la vit 24 heures après son

éclosion, c'est-à-dire le 4 février, elle avait déjà les caractères d'un chancre syphilitique et, en outre, l'adénopathie s'était accentuée.

Le doute n'étant plus permis, l'éradication de ce nouveau chancre fut pratiquée immédiatement et très largement. Afin que l'ablation fût complète, M. Mauriac eut recours à la dissection au bistouri et le néoplasme fut énucléé, comme une petite tumeur.

Le 6, les deux plaies étaient en parfait état. Il semblait même que les ganglions inguinaux eussent un peu diminué.

Mais le 16e jour après l'apparition des chancres, on pouvait constater une induration très marquée au-dessous des deux plaies, qui cependant bourgeonnaient régulièrement. L'adénopathie inguinale avait pris un développement considérable.

Le 17 mars, 47e jour des chancres, apparaissaient sur divers points de la peau des papules plates très caractéristiques et des croûtes dans les cheveux. L'infection généralisée n'était donc pas douteuse. Ajoutons que ces lésions avaient été précédées, à huit jours de date, de phénomènes généraux intenses, tels que céphalalgie nocturne violente, douleurs intercostales et diaphragmatiques, fièvre vespérale, etc.

Ces troubles constitutionnels persistèrent quelque temps, malgré le traitement mercuriel et ioduré.

Le malade ayant quitté Paris vers le milieu d'avril, M. Mauriac le perdit de vue et n'en entendit plus parler.

Nous venons de citer des faits isolés. Voici maintenant le résumé d'un travail d'ensemble, dû à M. le Dr Humbert, le distingué chirurgien de l'hôpital du Midi.

M. Humbert a pratiqué l'excision du chancre sur douze syphilitiques. Onze ont été atteints d'accidents secondaires, un seul est resté indemne de toute manifestation spécifique.

C'est un jeune homme de 23 ans, qui se présenta au Midi le 3 janvier 1891, avec deux chancres syphilitiques de la face interne du prépuce, au voisinage de la rainure ; leur début remontait à dix jours environ et il y avait une adénopathie inguinale évidente, mais faible. M. Humbert fit sur-le-champ l'excision, en ayant soin de dépasser largement les limites de l'induration. Les lèvres des deux plaies furent aisément rapprochées à l'aide de serres-fines et la réunion fut immédiate.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 2 ans 1/2, le malade a été revu régulièrement tous les mois, sans que jamais on ait pu constater le moindre signe de syphilis.

Il s'agit maintenant de discuter froidement et sans parti pris la valeur des faits précédents. Or notre critique doit viser d'une part des observations isolées, de l'autre, des statistiques émanant d'hommes, dont la personnalité scientifique mérite sérieuse considération,

Dans la première observation de M. Jullien l'excision est pratiquée

huit jours après l'apparition du chancre, notons bien ce fait. Cependant 50 jours après l'éclosion de ce chancre, on pouvait constater très nettement des syphilides cutanées et muqueuses.

La seconde observation au contraire relate un succès, quoique l'excision ait été pratiquée 13 jours après le début du chancre et à une époque où l'on pouvait déjà reconnaître une légère imprégnation ganglionnaire.

Voici donc deux faits dont les résultats impliquent en quelque sorte contradiction. Dans le premier où le chancre est plus jeune et où l'adénite manque, l'opération échoue ; dans le second au contraire, le chancre a 5 jours de plus, le virus a déjà pénétré le système ganglionnaire et cependant l'éradication est couronnée de succès, au moins en apparence; car il faut tenir compte des syphilis frustes. Nous y reviendrons dans un instant. En outre, nous ferons remarquer qu'à la date à laquelle l'observation fut présentée à la Société de dermatologie, la vérole n'avait encore que quatre mois d'existence au plus, temps bien court pour affirmer que le malade peut être considéré désormais comme à l'abri de tout accident secondaire, surtout quand on sait que Ricord a fixé comme limite extrême à l'apparition de la syphilis secondaire le délai de six mois après l'éclosion du chancre.

On ne peut donc admettre sans conteste le second fait de M. Jullien à l'actif de l'éradication.

Les trois autres observations, citées par le chirurgien de St-Lazare, ont plus de valeur en apparence.

Les deux premières semblent avoir reçu la sanction du temps (3 ans 1/2 et 10 ans). Il est vrai que l'on peut arguer encore des syphilis frustes, de celles qui restent muettes pendant la période secondaire et franchissent, d'un bond, l'intervalle qui sépare le chancre des phénomènes tertiaires. Nous ne voulons pas toutefois abuser de cet argument. Ces sortes de syphilis existent assurément, mais elles sont rares. Elles ne doivent être acceptées qu'à la condition d'avoir été observées pendant un temps suffisant après apparition du chancre par un médecin expert. L'appréciation des malades, quelque soigneux qu'on les suppose, est insuffisante, attendu que la syphilis secondaire est quelquefois si minime dans ses manifestations, qu'elle ne peut être dépistée que par un œil exercé.

En outre de la sanction accordée par le temps, les clients de M. Jullien pouvaient encore arguer du parfait état de santé de leurs descendants, preuve non moins réelle de l'efficacité prophylactique de l'éradication, surtout en ce qui concerne le premier malade, qui s'était marié trois ans après le début de sa syphilis, c'est-à-dire dans les limites de la zone dangereuse.

Il n'est pas inutile en effet de rappeler que M. le professeur Fournier qui avait primitivement fixé à trois ans minimum, après l'apparition

du chancre, le temps que doit attendre un syphilitique pour contracter mariage, a reculé ce délai de deux ans, en présence de nouveaux faits qui lui ont démontré la possibilité de la transmission spécifique, tant que cinq années ne se sont pas écoulées, à partir de l'imprégnation virulente de l'organisme.

La 3e observation paraît la plus concluante. Elle aurait la valeur d'un fait expérimental, puisqu'il y a eu réinfection 17 mois après l'éradication du chancre, qui avait,dit M. Jullien, tous les attributs d'un syphilome primitif. Or, en supposant que la réinfection soit possible, les cas, véritablement authentiques, en sont bien rares et en tout cas il n'en existe pas dans la science un seul, qui se soit produit dans des délais aussi courts.

Malheureusement, ces trois derniers faits ne sont pas accompagnés de détails suffisants pour entraîner la conviction. M. Jullien nous dit bien qu'il a excisé des chancres syphilitiques, en précisant la date de l'opération, mais il reste complètement muet sur les caractères cliniques de la lésion. Nous ignorons s'il y avait déjà ou non une légère induration à la base. Nous ne savons pas davantage si les ganglions inguinaux étaient encore indemnes. Bref les observations de M. Jullien, consignées dans le n° 9 du *Bulletin médical* de cette année, sont tellement écourtées, que l'on est absolument en droit de se demander s'il a vraiment enlevé des chancres syphilitiques.

Ce qui augmente encore le doute, c'est qu'il dit un peu plus haut, dans le même article de journal : « Je mets l'opération à exécution toutes les fois que le chancre est de date assez récente pour avoir laissé les ganglions indemnes ». Or, que l'on veuille bien se rappeler que les ganglions sont envahis dès le 6e jour de l'apparition du chancre et, qu'à cette date, il est pour ainsi dire impossible d'affirmer la nature de la lésion.

Nous sommes donc fondé à soupçonner les excisionnistes, qui ont l'habitude de se conformer à la règle posée par le chirurgien de St-Lazare, d'avoir trop souvent enlevé des lésions, qui n'avaient rien de commun avec la syphilis.

Pour les mêmes motifs, l'observation de M. le Dr Derville n'a pas plus de valeur que les précédentes. S'il est exact, en effet, qu'à la suite de l'opération, pratiquée par lui, aucun accident n'a été observé pendant une durée de quinze mois, il faut remarquer qu'à la date de l'éradication, pratiquée huit jours après l'apparition de l'ulcère, dit spécifique, il n'y avait pas encore trace d'engorgement ganglionnaire, fait anormal, puisqu'il est de règle que l'adénite soit nettement appréciable dès le 6e jour de l'éclosion chancreuse.

L'observation de M. Derville ne peut donc être admise, que sous toute réserve, à l'actif de l'excision.

Quant aux faits négatifs, malheureusement ils abondent.

Inutile d'abord de revenir sur l'observation de M. le Dr Augagneur. Nous en avons fait ressortir plus haut toute la valeur.

Même résultat négatif dans le fait cité par M. Mauriac, bien que l'excision ait été pratiquée dans d'excellentes conditions, 3 ou 4 jours après l'éclosion du chancre, alors que la nature de l'ulcère était encore discutable et l'adénite inguinale, à peine ébauchée. Et cependant dès le 16e jour, l'induration était très nette au-dessous des plaies d'éradication ; l'adénite inguinale avait pris un développement considérable ; le 39e jour survenaient des phénomènes généraux intenses et le 47e se dessinait à la surface de la peau une syphilide papuleuse.

Conclusion : l'éradication n'a prévenu ni les phénomènes généraux, ni les accidents locaux et, en outre, elle ne semble pas avoir atténué du tout la gravité de la maladie. Il est rare, en effet, d'observer la fièvre vespérale et une céphalée nocturne aussi violente que chez le malade de M. Mauriac.

Il nous reste maintenant à discuter la valeur des statistiques publiées par M. le Dr Humbert et M. Edward Ehlers de Copenhague.

Celle de M. Humbert est peu encourageante, puisque sur douze excisions, ce chirurgien n'a eu qu'un succès, celui-ci réel en apparence. Il y a 2 ans 1/2 en effet que le malade est en observation et qu'il est resté jusqu'ici absolument indemne.

Cependant, M. Humbert n'admet l'excision que dans des cas exceptionnels et très rares.

Il fait d'abord justement remarquer que nous ignorons absolument les conditions qui permettent d'espérer le succès, les indications de l'opération ne reposant encore à l'heure actuelle sur aucune donnée précise.

On rencontre, en effet, des contradictions très bizarres dans les résultats obtenus. Ainsi il semble rationnel, il est même absolument indiqué d'opérer le plus tôt possible après l'éclosion du chancre. Et cependant, on n'en est plus à compter les insuccès des éradications hâtives.

Sans vouloir remémorer encore l'observation de M. Augagneur, dans laquelle, on peut le dire, l'excision fut pratiquée avant la lettre, nous trouvons dans une remarquable leçon clinique de M. le professeur Fournier des faits non moins démonstratifs.

Il rappelle que M. Mauriac a excisé des chancres au bout de 48 à 56 heures sans éviter la syphilis. Rasori a enlevé sans plus de succès une érosion moins large qu'une tête d'épingle et qui remontait à peine à quelques heures. Tout faisait supposer que cette érosion devait être spécifique, attendu que le sujet avait eu quelques jours auparavant des rapports avec une femme notoirement syphilitique.

Et cependant dans les cas que nous venons de citer, l'infection semblait encore locale. Il n'y avait pas d'adénite. Or n'oublions pas

que les excisionnistes recommandent d'intervenir autant que possible avant son apparition.

Mais voici qu'en regard de ces faits malheureux, les partisans de l'excision rapportent des succès, qui ont été obtenus 15 jours, 20 jours même après l'éradication du chancre. A cette date l'adénopathie était indéniable et eût-elle été légère, son existence indiquait que l'infection était désormais généralisée et pouvait avoir des conséquences sérieuses. Il importe, en effet, de se rappeler que la gravité d'une syphilis n'est nullement en rapport avec le volume des ganglions, à preuve ces véroles malignes avec une adénite peu apparente, et réciproquement.

On voit donc que les règles, qui doivent présider à l'excision, ne découlent ni de l'âge du chancre, ni de l'état des ganglions inguinaux.

Mais on dit : si l'excision ne prévient pas la syphilis, au moins la rend-elle bénigne. A ceux qui parlent ainsi, nous demanderons des preuves. Malheureusement, ils ne peuvent en fournir. Nous leur opposerons au contraire les cas de syphilis très légère, qu'un traitement mercuriel soit intervenu ou non, de syphilis frustes, signalées à la période secondaire par une angine insignifiante, quelques taches très discrètes et à peine apparentes, parfois même, mais rarement, je l'accorde, par l'absence complète d'accidents.

Je parle bien entendu des véroles attentivement suivies dès leur début par un œil exercé. Car, ainsi que je l'ai fait remarquer plus haut, si l'on s'en rapportait seulement aux malades, le nombre des syphilis dans lesquelles la période secondaire semble manquer, augmenterait sensiblement, tant il est fréquent de rencontrer des accidents si légers que le médecin est seul en mesure de les découvrir, surtout si le malade est insouciant et accepte son mal avec une certaine indifférence.

En outre, de ce que la période secondaire est à peine marquée chez quelques malades, qui ont subi l'éradication du chancre, on ne saurait en inférer que leur syphilis a été réellement atténuée. Que de véroles à allures bénignes au début, prennent à l'époque tertiaire des proportions effrayantes. Or les faits cliniques prouvent que l'on peut faire rentrer dans ce cadre plusieurs de celles que l'on avait essayé d'enrayer dès le début par l'ablation du syphilome primitif et qui ont eu plus tard à leur actif des syphilides ulcéreuses, des nécroses maxillaires, des gommes testiculaires ; de la néphrite spécifique.

Si maintenant nous consultons les statistiques d'ensemble sur l'excision, celle de M. Edward Ehlers donne des résultats relativement satisfaisants, puisque sur 584 cas, on en compte 137 favorables.

La statistique de Crivelli serait encore plus encourageante. Il annonce en effet 162 succès contre 309 échecs.

Fâcheusement le désenchantement arrive quand on soumet ces chiffres à un contrôle rigoureux.

Il y a d'abord, à l'actif de la méthode, des faits qui doivent être rejetés à priori, parce qu'ils émanent de médecins admettant encore la théorie uniciste et se refusant à séparer le chancre syphilitique du chancre simple.

On ne doit pas accepter davantage les observations, qui indiquent une incubation chancreuse de 10, 8, 6, 2, et même un jour. M. Fournier nous apprend en effet que la plus brève incubation du chancre syphilitique est de 13 jours et que même, cette courte durée est rare, l'incubation moyenne étant de 24 à 25 jours.

Dans d'autres, les malades n'ont été observés que pendant un temps beaucoup trop court après l'opération. Je rappelle encore ici que Ricord fixait à 6 mois, le délai maximum d'apparition des accidents secondaires. Enfin plusieurs des malades,comptés à l'actif de l'éradication, ont été soumis, immédiatement après l'opération, à un traitement mercuriel, qui a pu retarder et atténuer dans des proportions variables, ainsi que la clinique nous l'apprend, les phénomènes secondaires de la maladie.

Soit dit en passant, voici de la part de quelques excisionnistes une singulière contradiction.

Ou ils ont foi dans l'éradication, et alors pourquoi prescrire secondairement un traitement mercuriel, ou l'opération, à leurs yeux est sans garantie. Elle n'a donc pas sa raison d'être. Or dans le travail de M. Ehlers, cette contradiction est évidente, puisqu'il dit : Le traitement mercuriel doit être institué, même si après une observation de quelques mois, le malade ne présente aucun symptôme secondaire. Il est possible en effet que le résulat positif ne soit qu'apparent et dû seulement à une atténuation des symptômes secondaires, telle qu'il a été impossible de les constater. Alors, comment savoir, en suivant cette méthode, si l'absence de période secondaire est due à l'opération ou à l'action préventive du traitement. La clinique nous apprend en effet que dans quelques cas le mercure atténue les accidents de cette période, au point de la rendre méconnaissable.

Ainsi que l'a excellemment dit M. Fournier, une observation d'excision ne doit être valable qu'à la condition de remplir les quatre conditions suivantes :

1° Examen de la femme suspecte, permettant d'assurer que l'opéré a été réellement exposé à la syphilis ; cette confrontation manque dans l'immense majorité des cas.

2° Durée d'incubation classique ;

3° Exposé complet des symptômes et diagnostic raisonné, permettant d'éliminer l'herpès, les folliculites ulcéreuses, le chancre mou, les syphilides chancriformes.

Or, dans beaucoup d'observations, les auteurs se bornent à une simple affirmation, et s'abstiennent de discuter le diagnostic.

4° Surveillance prolongée des malades sans traitement mercuriel ni ioduré.

Au total, s'il paraît démontré aujourd'hui que l'éradication du syphilome primitif est une opération inutile, elle peut constituer un danger réel en donnant au malade une sécurité trompeuse et perfide. Voici en effet un individu, dont on a extirpé le chancre, si les accidents secondaires passent chez lui inaperçus, ce qui est fort possible, il sera très porté à croire qu'il est désormais radicalement guéri de sa syphilis. Or, réfléchissez un instant aux conséquences désastreuses qu'une semblable croyance peut produire. Le malade négligera complètement le traitement interne ou l'abandonnera aussitôt, si tant est qu'il l'ait commencé. Peut-être même se mariera-t-il à brève échéance. Et alors envisageons les résultats quasi-certains de cette fausse sécurité, de ces illusions fatales. Lui d'abord peut en être la triste victime. Si la syphilis au début n'a semblé que l'effleurer, si même elle est restée à l'état latent, attendons la période tertiaire et alors, fasse le ciel que le virus ne s'attaque pas aux centres nerveux. Malheureusement la clinique nous apprend qu'il en est souvent ainsi, quand les premières manifestations de la vérole ont été singulièrement bénignes ou même nulles.

N'oublions pas, en outre, qu'un syphilome, de la grosseur d'un pois, développé en certains points de l'encéphale, au niveau du bulbe par exemple, peut tuer le malade ou entraîner des paralysies irrémédiables; l'observation prolongée des malades nous apprend que très probablement, pareil désastre ne serait pas arrivé, si dès le début, un traitement suffisant et prolongé eût été suivi. Les syphiligraphes les plus considérables de notre époque fixent à trois années en moyenne la durée de la médication, tant mercurielle qu'iodurée, y compris les périodes de suspension du traitement. C'est en un mot la méthode des traitements interrompus du professeur Fournier. Ce dont il importe surtout de se souvenir, c'est que le mercure est donné principalement en vue de prévenir ou d'atténuer considérablement les accidents tertiaires, habituellement les seuls graves de la syphilis. Soit dit en passant, quelques médecins ne croient pas utile de donner longtemps le mercure au début de la maladie, parce qu'ils ont remarqué que le médicament n'avait pas d'efficacité clairement manifeste contre le chancre et les accidents secondaires. Le fait est vrai ; dans la plupart des cas, cette action est peu évidente. Il ne faut pas oublier cependant que si les phénomènes généraux, préludes ou compagnons de la période secondaire ont une certaine gravité, si principalement la céphalée est intense, en quelques jours, le mercure calme les douleurs et atténue les symptômes alarmants. Mais ce qu'il faut plus encore se rappeler, c'est la gravité possible des accidents tertiaires et l'obligation impérieuse d'en parer les coups par tous les

moyens que l'hygiène et la thérapeutique mettent à notre disposition.

Voici donc, esquissés à grandes lignes, les périls que fait courir au syphilitique une sécurité trompeuse. Supposez maintenant qu'il se marie. Il n'engage plus maintenant sa propre personne. Sa femme, ses enfants courent les plus grands risques d'être victimes de sa négligence involontaire. Qu'il y ait chez lui récidive de plaques muqueuses, comme cela arrive si souvent, il pourra infecter directement sa femme. Quant aux premiers enfants qui naîtront de lui, victimes de la syphilis héréditaire, ils seront voués à la mort avant terme ou peu après leur naissance. Il suffit de songer à pareils désastres pour tenir en méfiance extrême une méthode qui expose à de si graves conséquences.

L'éradication a encore un autre inconvénient, celui-là beaucoup moins grave, il est vrai, puisqu'il est purement local. Nous devons néanmoins le signaler.

Quand le chancre occupe le gland, ou la rainure, l'excision est une véritable opération chirurgicale, douloureuse et nécessitant l'anesthésie. Il faut creuser au bistouri le corps spongieux, dans certains cas même les corps caverneux. Car si l'on veut que l'ablation ait des chances de succès, elle doit être large et profonde, c'est-à-dire dépasser au moins de quelques millimètres la zone d'induration. Quand on peut obtenir la réunion immédiate, en suturant les bords de la plaie, la cicatrice est faiblement apparente. Mais si cette réunion ne s'effectue pas, le malade conservera un profond stigmate, là où le chancre, abandonné à lui-même, n'aurait pas laissé de trace appréciable.

L'excision du chancre offre donc à la fois un danger général et local. Faut-il en conclure que cette opération doit être absolument rejetée comme tout à fait inutile. Conclure ainsi serait peut-être aller trop loin. L'éradication a un avantage, bien minime, il faut le reconnaître, celui de supprimer rapidement un mal local. Mais elle ne doit s'adresser chez l'homme qu'aux chancres qui occupent le prépuce, et chez la femme, le bord d'une petite lèvre. L'ablation du syphilome ne nécessite alors qu'un simple coup de ciseau et n'expose pas le malade à une cicatrice indélébile. Mais il est bien préférable, à notre avis, de l'engager à renoncer à cette opération, en lui démontrant que l'ulcère, dont il est porteur, n'est pas susceptible d'aggravations, si les prescriptions médicales sont ponctuellement suivies, et doit aboutir nécessairement à la guérison au bout de deux à trois semaines sans laisser trace de son passage.

Je répète encore, en terminant, qu'en dépit de quelques faits contradictoires, l'excision ne peut avoir chance de succès que si elle est pratiquée ab ovo, c'est-à-dire avant le 6e jour de l'éclosion du chancre, date à laquelle les ganglions inguinaux sont envahis et où par conséquent l'infection est définitive. Mais avant le 6e jour, le dévelop-

pement d'un chancre n'est pas suffisant pour qu'on puisse en affirmer la nature. On se trouve donc enfermé dans ce dilemme : de ne pas savoir au juste ce que l'on enlève, si l'opération est pratiquée de bonne heure ou d'intervenir trop tard, si la certitude est acquise. Encore cet inconvénient serait-il sans conséquence, si l'apparition des accidents secondaires était fatale. Leur éclosion permettrait d'affirmer l'infection de l'organisme et le traitement pourrait être institué sans délai.

Il ne manque pas de syphiligraphes qui n'administrent pas plus tôt la médification spécifique et l'expérience n'a pas encore démontré qu'ils aient tort d'agir ainsi. Mais encore une fois la période secondaire peut manquer ou être en quelque sorte indéchiffrable. Voyez alors l'embarras du médecin, qui a excisé un ulcère dont il ne pouvait encore affirmer la nature. S'il ne survient pas d'accidents secondaires, il se gardera de prescrire la médication spécifiqne. Ce serait en effet un non sens, puisqu'il a la prétention d'avoir étouffé une syphilis naissante et que l'événement semble lui donner raison. Mais alors que pourra-t-il répondre à son client, si celui-ci le consulte à l'occasion d'un mariage et dans le cas où ce même client voudrait rester célibataire, osera-t-il lui affirmer la sécurité dans l'avenir ?

En résumé, l'éradication nous semble présentement chose jugée. Elle ne prévient pas la syphilis. A notre connaissance, il n'existe encore aucun fait qui soit absolument démonstratif par la confrontation avec la femme suspecte et par la durée de la prétendue guérison. Tant que nous ne connaîtrons pas le micro-organisme de la syphilis, tant que nous ne pourrons pas savoir si avant d'infecter l'organisme, il ne reste pas localisé pendant un temps donné au point de pénétration, nous manquerons absolument du critérium nécessaire pour nous guider dans une opération de ce genre.

Notre intervention ne servira donc qu'à guérir un mal local un peu plus vite que ne l'eût fait la nature médicatrice, aidée de quelques topiques appropriés, et cela en exposant le malade aux plus graves périls d'avenir.

POSTHITE CHRONIQUE D'ASPECT LEUCOPLASIQUE

Par **L. Perrin** (de Marseille).

Au point de vue anatomo-physiologique, de même qu'au point de vue pathologique, le prépuce et le gland sont des surfaces cutanées et non des revêtements muqueux.

Les descriptions anatomiques montrent nettement quelle est la constitution du prépuce. Parvenue au niveau du gland, la peau du pénis poursuit son trajet sans adhérer à ce renflement et en recouvre une étendue variable; puis se réfléchissant sur elle-même et après avoir constitué l'orifice du prépuce, elle revient jusque derrière la couronne du gland, point où elle paraît se fixer en formant le sillon balano-préputial. En réalité, elle se continue sur le gland en lui formant une enveloppe propre et ne se termine qu'au méat où elle vient se confondre avec la muqueuse uréthrale.

Dans les divers points de ce trajet la peau ne conserve pas ses caractères primitifs. Après sa réflexion sur le bord libre du prépuce, alors qu'elle répond directement à la surface du gland, elle s'amincit et prend l'aspect d'une muqueuse, elle devient humide, lisse, de couleur rosée; elle ne contient plus ni poils ni glandes sudoripares mais présente des papilles très développées. L'épithélium du gland comme celui de la face interne du prépuce est pavimenteux mou, les cellules, même les plus superficielles, sont toutes pourvues d'un noyau.

La lame celluleuse sous-cutanée du fourreau de la verge et les fibres musculaires lisses qu'elle contient se poursuivent entre les deux feuillets externe et interne du prépuce jusqu'à son bord libre. C'est à la présence de cette lame celluleuse que sont dues la mobilité de ces deux feuillets l'un sur l'autre ; lorsque la peau est portée en arrière, le prépuce se dédouble et le gland est mis à nu.

Ce que l'on appelle muqueuse préputiale ne mérite donc pas ce nom, ce n'est que le feuillet interne du prépuce au niveau duquel la peau est amincie, dépourvue de glandes et de follicules, et à couche cornée représentée seulement par une ou deux rangées superposées de cellules pavimenteuses minces. On retrouve chez la femme la même disposition au niveau des grandes et des petites lèvres du capuchon du clitoris, du vestibule et de l'hymen.

Au point de vue pathologique, la plupart des éruptions cutanées peuvent se montrer sur le gland et le prépuce avec des caractères qui diffèrent peu de celles qu'elles ont sur les autres parties du corps. Ces

éruptions sont érythémateuses, papuleuses, vésiculeuses ou squameuses. On peut aussi rencontrer les lésions tuberculeuses et syphilitiques, et parmi les tumeurs les plus fréquentes sont les végétations, les cornes et le cancer.

Nous n'avons trouvé dans aucun ouvrage décrite l'affection dont nous rapportons plus loin en détail l'observation.

C'est un fait d'inflammation chronique (datant de 3 ans), d'aspect leucoplasique de la face interne du prépuce. A l'article *Balanite* du Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, page 520, M. le professeur Fournier décrit parmi les balanites chroniques une forme interstitielle ou profonde qui, le plus souvent, reste limitée à une portion du gland, mais qui peut cependant l'envahir tout entier. Voici la description de cette inflammation interstitielle étendue à toute la muqueuse balanique. La muqueuse s'injecte, s'arborise, se sème de points d'un rouge foncé, ses papilles se hérissent ; puis, phénomène le plus important, elle s'indure en surface dans toute son étendue, le gland semble alors coiffé d'une sorte de *calotte de parchemin*, qui résiste sous le doigt ou se plie comme le ferait une feuille de parchemin ; sa surface est inégale, chagrinée, sèche, couverte de lambeaux furfuracés et assez semblable à l'ichtyose ; parfois aussi, notamment sur les points recouverts par le prépuce, elle est humide, crevassée, sillonnée de fissures ou d'exulcérations irrégulières, analogues à celles de la balanite superficielle.

M. le professeur Fournier fait suivre cette description de la remarque suivante : cette induration si singulière de la muqueuse n'est due, suivant toute probabilité, qu'à des exsudats inflammatoires déposés au sein même des tissus malades. Cette forme de balanite, d'après Ricord, s'observerait surtout chez les sujets dartreux.

Voici d'autre part l'observation que nous avons recueillie.

Posthite chronique d'aspect leucoplasique.

M. X..., âgé de 49 ans, négociant, a depuis trois ans la face interne du prépuce recouverte de plaques blanches ; il nous est adressé au mois de juin 1891, par notre distingué confrère le Dr Fioupe.

Les antécédents pathologiques de M. X... sont les suivants : Son père est mort à 74 ans d'une pneumonie ; il avait souffert à plusieurs reprises de névralgie sciatique ; sa mère est morte subitement à 65 ans, en apprenant la mort de son frère ; elle n'avait jamais fait de maladies sérieuses. M. X... a quatre frères ou sœurs qui sont tous bien portants, une de ses sœurs a eu du rhumatisme articulaire subaigu. Quant à lui, il est robuste et jouit d'une excellente santé. A l'âge de seize mois, il a eu des convulsions suivies d'une paralysie atrophique localisée au membre inférieur droit. La jambe est grêle, déformée, atrophiée, le malade a de la claudication, mais il marche pourtant avec facilité. Il y a quatre ou cinq ans, il a souffert pendant plusieurs mois au niveau de la fesse et de la cuisse de douleurs le long du sciatique du côté droit ; aujourd'hui il est parfaitement guéri.

Ce sont là tous les antécédents morbides qu'il y ait à signaler chez le malade; il n'a jamais eu d'affection vénérienne ou syphilitique, jamais d'inflammations du prépuce et du gland; ses urines examinées à plusieurs reprises et encore par nous ne contiennent ni sucre ni albumine. Marié à 20 ans, il est père de trois filles, la dernière est née il y a trois ans, dix ans après les deux premières, sa femme ayant souffert pendant plusieurs années d'une métrite guérie à Saint-Sauveur.

Il s'est aperçu seulement il y a trois ans de l'affection pour laquelle il nous est adressé. Il a remarqué à cette époque qu'il avait quelque difficulté à découvrir le gland, et que le prépuce ramené en arrière était dur et se fissurait fréquemment; les érections étaient douloureuses, mais ces fissures guérissaient très rapidement en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Voici ce que nous avons constaté chez lui. Le prépuce recouvre les deux tiers du gland, son orifice est sain et assez large, aussi quand la verge est pendante, tout semble normal. Mais en relevant la verge et en ramenant le prépuce en arrière, on voit que sa face interne au lieu d'être rougeâtre, est comme recouverte d'un revêtement d'un blanc nacré, brillant, à surface lisse par places, rugueuse en d'autres. Quand le gland est tout à fait découvert, le fourreau de la verge étant attiré vers le pubis et maintenu dans cette situation, la lésion forme un anneau dur, d'apparence fibreuse, déprimé, ayant environ deux centimètres de hauteur; il entoure la verge complètement à une distance de deux travers de doigt en arrière de la couronne du gland. Au moment de l'érection, le malade nous dit que cet état est encore plus prononcé; la verge paraît enserrée par un lien rigide et douloureux. La coloration de cet anneau est absolument d'apparence leucoplasique; mais tandis que sur la face supérieure du pénis, les plaques sont blanches, continues, épaisses, dures et rugueuses au toucher; à la partie inférieure, elles sont plus minces, elles sont lisses, unies, leur aspect est blanc bleuâtre; le frein est absolument blanc laiteux et un peu dur. A la palpation, on sent sous le doigt une surface parcheminée, résistante, sèche, présentant une induration manifeste de trois à quatre millimètres sur la face dorsale. On aperçoit, de plus, de nombreux sillons très fins, des rides, à direction longitudinale partant de l'orifice préputial. Il n'y a pas de fissures en ce moment, mais le malade raconte qu'il en a eu souvent, elles ne saignaient pas, elles étaient douloureuses; leur cicatrisation a toujours eu lieu avec une grande rapidité. Le gland est absolument sain ainsi que la rainure balano-préputiale. Le malade a aussi remarqué au niveau des plaques blanches une desquamation en petits lambeaux furfuracés. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité; les érections sont possibles mais douloureuses et fréquemment suivies de fissures.

En aucune autre région du corps du malade, on ne constate de lésions cutanées : pas de papules de lichen plan, pas de psoriasis ni d'eczéma. La cavité buccale est normale, mais au niveau de la commissure labiale droite on voit sur la surface muqueuse de la lèvre inférieure une petite plaque transversale de deux centimètres d'étendue, d'aspect décoloré, ardoisé, lisse et uni rappelant la plaque commissuraire. Le malade fume mais sans excès.

Quel diagnostic doit-on porter en l'absence de tout examen histologique? Nous pouvons en premier lieu éliminer la syphilis et le diabète. Sans ajouter plus d'importance qu'il ne faut aux renseignements fournis par le malade sur l'absence d'aucune manifestation syphilitique antérieure, sur la santé de ses enfants, surtout celle de celui qui est âgé de trois ans, dont la naissance a coïncidé avec la date présumée du début de la maladie, on peut dire que la durée de l'affection, son évolution lente et torpide, la guérison rapide des fissures qui se sont produites à diverses reprises sont peu en rapport avec une lésion syphilitique. Quelle serait d'ailleurs cette lésion? une syphilide psoriasiforme comparable à celle de la paume de la main, cantonnée au prépuce, rebelle à tout traitement. Le fait serait bien exceptionnel.

Le malade n'est pas diabétique, les urines examinées plusieurs fois n'ont jamais contenu de sucre; d'ailleurs dans la glycosurie, le prépuce est rouge, tuméfié, les irritations répétées finissent par déterminer l'épaississement et la transformation fibreuse des parties malades; l'ouverture préputiale se rétrécit de plus en plus de façon à constituer un phimosis des plus étroits. Rien de semblable ici.

Est-ce de l'eczéma du prépuce? L'eczéma et surtout l'eczéma séborrhéique n'est pas rare à la surface du gland et dans la rainure balano-préputiale. L'éruption est le plus souvent aiguë, la muqueuse rouge, saillante, il y a ou des érosions succédant à un état vésiculeux éphémère et une sécrétion séro-muqueuse ou des squames peu épaisses reposant sur des taches rouges. Ici au contraire ce sont des plaques blanches à évolution chronique, adhérentes aux parties sous-jacentes.

Le psoriasis s'observe assez souvent sur les organes génitaux et sur le gland principalement; mais les squames se laissent facilement détacher par le grattage et celles-ci enlevées, on voit une surface rouge donnant lieu à un petit écoulement sanguin. Chez notre malade, il se produit bien une desquamation, mais elle est furfuracée, insensible, les plaques blanches sont épaisses et forment autour de la verge, quand le prépuce est ramené en arrière, un anneau complet et rigide.

Deux autres affections peuvent produire des lésions semblables à celles que nous avons décrites, ce sont : le lichen plan et la leucokératose.

Le lichen plan s'observe assez souvent sur la muqueuse buccale, sur la face interne des joues; sur le prépuce et le gland, il est rare, mais il a été observé dans les cas un peu étendus de cette affection, Son aspect est alors le même que sur la peau.

Sommes-nous en présence d'un cas de leucokératose à localisation exceptionnelle sur la face interne du prépuce? La leucoplasie atteint les muqueuses et se voit surtout dans la cavité buccale soit sur les lèvres, les gencives, les joues, la langue; elle est aujourd'hui bien connue sur la vulve. Là elle siège sur les grandes et les petites lèvres, le capu-

chon clitoridien, le vestibule, le vagin. Les grandes comme les petites lèvres, le prépuce du clitoris sont aussi des replis de la peau et ont la même structure que le gland et le prépuce chez l'homme. Ces parties chez la femme sont pourtant assez fréquemment le siège de plaques blanches leucoplasiques; chez l'homme ne pourrait-il en être de même. Nous n'avons trouvé pourtant aucun exemple mentionné dans les divers ouvrages que nous avons consultés, dans les dictionnaires aux articles Pénis et au chapitre Cancer du pénis. Devant cette pénurie de matériaux, notre observation nous présentant pourtant des caractères assez précis pour être publiée, nous la donnons sous la dénomination de *posthite chronique* d'aspect leucoplasique et nous la rapprochons de la balanite chronique décrite par M. le professeur Fournier.

Il est éminemment regrettable que nous n'ayons pu avoir un lambeau du prépuce de notre malade; l'examen histologique aurait peut-être pu fixer le diagnostic.

Devant le refus du malade de se soumettre soit à la circoncision, soit à l'excision d'un lambeau en forme de V sur la face dorsale du prépuce, nous avons conseillé une hygiène locale sévère, des onctions avec le glycérolé d'amidon salicylé faible et, comme médication interne, la solution arsenicale.

Nous avons revu le malade il y a quelques jours, en septembre 1891. Il n'y a pas de changement appréciable, il trouve pourtant que le prépuce est plus souple, il n'a plus eu de fissures, la desquamation se produit toujours en petits lambeaux furfuracés. Sur la partie inférieure du prépuce, de chaque côté du frein, la plaque leucoplasique est très mince et laisse voir par transparence la couleur rosée de la muqueuse; on constate de plus à côté de petits îlots blancs, d'autres îlots rouges, nullement exulcérés, comme si en ces points la couche épithéliale avait été enlevée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 14 JANVIER 1892

PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

SOMMAIRE. — Sclérodermie en bandes traitée par l'électrolyse, par M. BROCQ. (Discussion : MM. ERNEST BESNIER, G. THIBIERGE, HALLOPEAU.) — Un cas de mycosis fongoïde, par M. TENNESON. (Discussion : M. ERNEST BESNIER.) — Étude comparative sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique et la dermatite herpétiforme de Duhring, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. BROCQ.) — Sur la production, consécutivement à des plaques psoriasiques, d'achromies persistantes, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. VIDAL.) — Une observation de dermatite exfoliatrice des nouveau-nés, par MM. PAUL RAYMOND et BARBE. (Discussion : MM. VIDAL, BROCQ, ERNEST BESNIER.) — Phthiriase des paupières, par M. PERRIN DE LA TOUCHE. — Ecthyma de la verge simulant un chancre syphilitique chez un enfant de 15 mois, dont les parents sont atteints actuellement d'accidents syphilitiques, par M. FEULARD. (Discussion : MM. FOURNIER, ERNEST BESNIER, DARIER, VERCHÈRE, JULLIEN, SPILLMANN.) — Un cas de pityriasis rubra pilaire (maladie de Devergie-Richaud) avec intégrité des extrémités, par M. HUDELO. — Un cas d'impetigo herpetiformis (Hebra), par M. W. DUBREUILH. — Lichen plan et hydrothérapie, par M. JACQUET. (Discussion : M. ERNEST BESNIER.) — Présentation d'une malade atteinte de lésions pustuleuses disséminées sur la peau des mains et de l'avant-bras, par M. VEILLON. (Discussion : MM. ERNEST BESNIER, VIDAL, FOURNIER, G. THIBIERGE.) — Propositions concernant la participation de la Société au Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie de Vienne en 1892, par MM. FEULARD et VIDAL. — Élections.

Sclérodermie en bandes traitée par l'électrolyse,

Par M. L. BROCQ.

J'ai l'honneur de présenter de nouveau à la Société le malade que je lui ai déjà montré le 11 décembre 1890, il y a 13 mois. Je rappelle qu'à cette époque il était atteint depuis deux ans et demi d'une plaque de sclérodermie en bandes occupant toute la face externe du bras et de l'avant-bras droits depuis le tiers supérieur du bras jusqu'à deux ou trois centimètres de l'articulation du poignet. Elle formait donc une bande fort allongée d'une épaisseur considérable, et dont la largeur variait de 3 à 6 centimètres dans le sens transversal : à la partie la plus inférieure de la plaque il était tout à fait impossible de mobiliser la peau qui semblait faire corps avec l'aponévrose et les muscles sous-jacents. Le malade ne pouvait plus exercer sa profession de coupeur qu'avec beaucoup de peine.

Ce fut en juin 1890 que mon excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Besnier, auquel j'avais parlé de mes essais antérieurs, me demanda de traiter ce sujet par l'électrolyse. Jusqu'à cette époque l'affection avait constamment progressé malgré les diverses médications que l'on avait tentées.

De juin 1890 à décembre de la même année je fis au malade quatorze séances d'électrolyse : chaque séance comprenait de 12 à 16 piqûres avec l'aiguille électrolytique ; je faisais passer à chaque piqûre pendant 15 à 25 secondes un courant dont l'intensité variait de 5 à 10 milliampères.

Je rappelle brièvement les premiers résultats obtenus : dès les deux premières séances nous avons, le malade et moi, constaté de la manière la plus précise que la marche extensive de l'affection était arrêtée ; et depuis lors elle n'a jamais plus eu de tendance à s'accroître de nouveau. Dès le mois de décembre 1890 les mouvements du bras étaient devenus plus libres ; le malade pouvait manier ses ciseaux avec plus de facilité. Au point de vue objectif, la plaque était moins colorée, moins saillante, moins tendue, moins infiltrée : en somme elle avait diminué d'étendue et d'épaisseur depuis le début du traitement. Dès cette époque (décembre 1890) j'avais remarqué que, bien que l'aiguille électrolytique n'eût jamais été directement appliquée sur la partie supérieure de la plaque, cette partie avait subi tout comme les autres, peut-être même plus que les autres, un processus marqué de régression ; ce fait semblait donc prouver que l'action du courant électrolytique se produisait à distance ; j'ajoute, que dans le procédé opératoire que j'ai employé chez ce malade, l'aiguille enfoncée dans les tissus morbides forme le pôle négatif, et que le pôle positif, représenté par un cylindre, est tenu dans la main gauche.

Depuis décembre 1890, j'ai continué le traitement ; mais pendant les premiers mois de l'année 1891 j'ai eu un moment de découragement. Malgré une dizaine de séances pratiquées en janvier, février, mars et avril, je n'ai constaté pendant cette période pour ainsi dire plus d'amélioration ; l'état semblait rester stationnaire. Je pratiquais toujours mes piqûres dans le tiers inférieur de la plaque à l'avant-bras, dans la partie la plus infiltrée, et j'enfonçais perpendiculairement mon aiguille. Or il me semblait que, tandis que la partie supérieure de la plaque, celle sur laquelle je n'agissais pas directement, continuait à s'affaisser et à s'amincir, la partie inférieure, celle sur laquelle je faisais mes piqûres, s'indurait au contraire davantage et surtout devenait encore moins mobile sur les parties profondes. J'en vins alors à me demander si la pointe de mon aiguille, traversant les téguments, n'arrivait pas jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'à l'aponévrose, et ne provoquait pas ainsi, au niveau des régions sous-jacentes, un processus inflammatoire plutôt nuisible qu'utile. Je modifiai donc à la suite de ces réflexions mon mode opératoire, et au lieu d'enfoncer mon aiguille perpendiculairement, je l'introduisis fort obliquement dans les téguments malades, de manière à lui donner une direction presque parallèle à la surface de la peau et à n'intéresser que le derme. Dès la 2e ou la 3e séance, je vis alors se produire de nouveau une amélioration très notable bien que le nombre des piqûres pratiquées fût beaucoup moins considérable avec ce procédé qu'avec le premier, ce qui se comprend sans peine puisque chaque piqûre agissait sur une bien plus grande surface cutanée. Dès le mois de juin, l'induration de la partie inférieure de la plaque avait beaucoup diminué, et la peau était assez facilement mobilisable sur les tissus sous-jacents. A cette époque je ne faisais déjà plus qu'une courte séance tous les quinze jours ; depuis le mois de juillet c'est à peine si j'ai fait

six séances d'électrolyse : la dernière a été pratiquée à la fin de décembre.

En ce moment il n'y a pour ainsi dire plus vestige de toute la partie supérieure de la plaque, les téguments y ont repris leur souplesse et leur consistance normales : c'est à peine si l'on y voit quelques légers tractus blanchâtres pseudo-cicatriciels et quelques étroites bandes irrégulières d'un rose sale aux points qu'occupait la dermatose.

Quant à la partie inférieure, celle sur laquelle ont porté les piqûres, il n'y reste plus qu'un épaississement des téguments fort aisé à percevoir lorsqu'on le saisit entre le pouce et l'index. Cet épaississement a diminué graduellement depuis le mois de juin, et il n'est plus pour le malade la cause d'aucune gêne ni d'aucune sensibilité. Je serais pour ma part très porté à le considérer comme le résultat direct des nombreuses piqûres électrolytiques dont cette région a été criblée ; il a beaucoup diminué depuis que les séances sont fort rares ; et je n'ai plus l'intention d'intervenir par de nouvelles opérations, étant convaincu qu'il va disparaître tout seul.

Cette observation me paraît avoir une certaine importance à divers titres. Tout en ne voulant pas m'appuyer sur elle pour faire de l'électrolyse une médication efficace des sclérodermies en plaques et en bandes, car un cas isolé ne saurait rien prouver, je me permettrai de faire remarquer que l'action efficace de l'électrolyse me paraît ici indiscutable. L'affection était en voie d'aggravation lorsque l'électrolyse a été employée, et dès les premières séances la marche extensive de la plaque a été arrêtée. Je sais bien que l'on peut toujours dire que si l'on n'était pas intervenu pareille rétrocession aurait pu se produire ; mais raisonner ainsi dans un cas semblable me paraît être la négation même de la possibilité de jamais présenter un résultat thérapeutique. D'ailleurs, ainsi que je l'ai déjà dit dans ma communication de 1890, ce cas n'est pas isolé, j'ai déjà vu chez d'autres sclérodermiques l'application de l'électrolyse coïncider avec une amélioration. Or ici l'amélioration peut sans exagération aucune s'appeler guérison.

Une autre circonstance bien digne de remarque est l'effet local et direct des piqûres électrolytiques : c'est la partie inférieure de la plaque, celle sur laquelle on a fait presque toutes les piqûres qui est restée le plus longtemps infiltrée. Il est vrai qu'elle était la plus épaisse, la moins mobilisable ; mais, même en tenant compte de ce fait, son amélioration a été beaucoup moins rapide que celle de la partie supérieure de la bande. Elle a même été presque nulle tant que les piqûres ont été faites perpendiculairement et qu'elles ont pu ainsi intéresser les couches sous-cutanées ; elle s'est au contraire produite avec une certaine rapidité dès que l'aiguille a été enfoncée très obliquement dans le derme de manière à respecter les tissus sous-dermiques.

Cette particularité a une réelle importance, car elle semble démontrer : 1° qu'il faut se défier de l'action sclérosante de l'électrolyse dans certains cas, et en particulier dans les cas de sclérodermies en plaques ; qu'il faut, chez ces malades, tâcher autant que possible de limiter l'action de l'aiguille électrolytique aux seuls tissus sclérosés,

et par suite enfoncer l'aiguille très obliquement, presque parallèlement à la surface de la peau ; 2° que l'électrolyse agit dans ces cas d'une manière assez mystérieuse, qu'elle peut agir à distance, et qu'elle n'agit nullement par son action destructive ; il ne faut donc pas chercher ici à détruire, comme dans le traitement de l'hypertrichose par exemple, mais au contraire on doit tâcher d'obtenir l'action électrolytique avec le minimum de destruction possible : il faut donc faire passer des courants faibles, ne laisser agir l'électricité qu'un temps relativement court sur chaque point, et multiplier les piqûres à chaque séance ; on pourra arriver ainsi à faire agir sur la plaque la même somme totale d'électricité à chaque séance, en causant le minimum possible de destruction des tissus.

On voit par ce qui précède combien ce traitement par l'électrolyse qui au premier abord paraît simple et facile à appliquer est en réalité complexe et encore parfaitement ignoré. Je suis convaincu que pour cette méthode, comme pour celle des scarifications linéaires quadrillées par exemple, le mode opératoire a une importance absolument capitale, et que ce mode opératoire doit varier suivant les cas particuliers. Il ne suffit pas de dire qu'il faut traiter telle affection par l'électrolyse, il faut préciser et déterminer avec mille détails comment il faut intervenir.

M. Ernest-Besnier. — Les remarques de M. Brocq sur le mode d'emploi du traitement électrolytique sont très importantes, car on ne possède encore que très peu de données fermes sur ce traitement dont il importe au plus haut point de préciser et les indications et le manuel opératoire dans chaque affection en particulier.

Dans un cas de cicatrice ancienne consécutive à une brûlure, et de coloration rouge, que j'ai prié M. Thibierge de soumettre au traitement électrolytique de façon à en atténuer la coloration, nous avons vu survenir d'abord, en quelques points, de petites infiltrations, dermiques, chéloïdiennes ; une application électrolytique faite suivant un mode différent n'a pas été suivie des mêmes accidents, et a amené une amélioration très notable, portant non seulement sur les points soumis à l'électrolyse eux-mêmes, mais aussi sur les points voisins.

M. G. Thibierge. — Dans le cas auquel M. Besnier vient de faire allusion, je me suis servi tout d'abord d'aiguilles en platine iridié soit montées isolément, soit réunies au nombre de 2 ou 3 sur un manche commun, de façon à former une sorte de fourche employée par les électrologues anglais. Mais, en raison de l'étendue de la surface à traiter, j'ai dû renoncer à l'emploi de ces appareils et M. Mathieu a bien voulu construire sur ma demande une sorte de peigne formé d'une lame de plomb flexible de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, dans lequel sont enfoncées des aiguilles en acier aussi fines que possible, espacées de 5 millimètres ; je puis ainsi enfoncer en une seule fois de 12 à 15 pointes ; grâce à la flexibilité de la lame de plomb ce « peigne électrolytique » peut prendre toutes les formes voulues et on n'atteint absolument que les parties malades. Les applications électro-

lytiques faites avec ces pointes fines et multiples n'ont jamais été suivies, chez cette malade, du développement de chéloïdes ; seules, un petit nombre de celles qui avaient été faites avec des aiguilles plus épaisses en platine iridié et peu nombreuses ont donné lieu aux petites infiltrations dermiqnes que M. Besnier signalait. Cependant, dans les unes et dans les autres, j'ai eu soin de ne pas faire pénétrer profondément les aiguilles et je n'ai jamais employé d'intensités supérieures à 5 ou 7 milliampères. Je crois donc que chez les sujets prédisposés aux chéloïdes, — la malade de M. Besnier avait d'ailleurs vu se développer de petites tumeurs chéloïdiennes sur des points qui avaient été antérieurement soumis aux scarifications par un dermatologiste très expérimenté, — il est bon d'employer des aiguilles très fines et d'en appliquer simultanément un certain nombre, ce qui abrège d'ailleurs la durée des séances d'électrolyse et ne rend pas l'opération sensiblement plus douloureuse.

M. Brocq. — J'ai essayé le peigne électrolytique et j'y ai renoncé, parce qu'on peut moins bien préciser les points d'application. Je considère comme nécessaire, dans le traitement des chéloïdes, de ne pas dépasser le tissu chéloïdien, d'employer des aiguilles extrêmement fines et des courants extrêmement faibles ; j'enfonce les aiguilles parallèlement aux téguments, de façon à ne pas atteindre les tissus voisins, qui deviennent fréquemment le siège de nouvelles productions chéloïdiennes à la suite d'applications électrolytiques intempestives.

M. Hallopeau. — J'ai eu recours, dans 3 cas de sclérodermie en plaques, au traitement par l'électrolyse et j'ai vu dans 3 cas survenir la guérison de la maladie, mais dans des conditions telles que je considère cette guérison comme survenue spontanément, sans que le traitement ait manifesté nettement son influence.

Un cas de mycosis fongoïde,

Par M. Tenneson.

J'ai l'honneur de vous présenter une malade atteinte de mycosis fongoïde de forme classique. En voici le moulage. (Musée de l'hôpital Saint-Louis, *Collect. génér.*, n° 1635.)

On observe sur cette femme les trois degrés de la lésion mycosique, qui ont été considérés à tort comme relatifs à trois périodes différentes et successives de la maladie : les taches eczématoïdes, les papules lichénoïdes et les tumeurs fongueuses.

Les taches présentent tous les caractères de l'eczéma sec : couleur rouge pâle, contour irrégulier, surface de niveau avec les parties voisines, desquamation furfuracée ou finement lamelleuse, prurit intermittent, quelquefois très vif. Ces taches, irrégulièrement disséminées sur le tronc et sur les membres et dont les dimensions sont à

peu près celles d'une pièce de monnaie, ressemblent tellement à de l'eczéma sec qu'une erreur de diagnostic serait inévitable s'il n'existait en même temps des lésions plus avancées.

On peut suivre ici de la manière la plus nette la transformation des taches en papules et des papules en tumeurs.

Au niveau de certaines taches on constate une infiltration, un épaississement du derme plus apparent d'abord au doigt qu'à la vue. Puis cette infiltration augmente et produit de larges papules irrégulières, rouge pâle, finement squameuses, grandes comme une pièce de 1 franc ou de 50 centimes.

Au niveau des régions parotidiennes quelques-unes de ces papules se sont transformées en tumeurs, grosses comme une noix, qui, excoriées par le grattage, suppurent et ressemblent à des bourgeons charnus, à du tissu de granulations.

Au lieu de cette évolution progressive, d'autres éléments en grand nombre ont subi sous nos yeux une évolution régressive.

Des taches eczématoïdes ont disparu sans passer à l'état de papules et les papules se sont effacées sans devenir des tumeurs.

Si le diagnostic est facile aujourd'hui, il n'en était pas de même il y a un an. A ce point de vue l'histoire de la malade présente quelque intérêt.

Juliette E..., 40 ans, domestique, salle Biett, n° 1, a les apparences d'une femme bien constituée. C'est une névropathe, et la mobilité de ses impressions, le défaut d'équilibre de son esprit rendent son interrogatoire très difficile. Quoi qu'il en soit, la maladie actuelle paraît avoir débuté il y a quatre ans par des taches rouges et prurigineuses.

A la consultation de l'hôpital St-Louis on lui a prescrit du sirop de Gibert. Le traitement n'a pas été suivi ; les taches et le prurit ont disparu spontanément. Vers la fin de 1890 nouvelle poussée de taches rouges prurigineuses. C'est au mois d'avril 1891 que la malade est entrée pour la première fois dans mon service. L'ensemble symptomatique était alors bien différent de ce qu'il est aujourd'hui ; sur la face, rougeur diffuse, d'un rouge sombre, sans desquamation ; sur ce fond, de larges papules d'un rouge également sombre, aplaties, circulaires, non desquamantes, semblables à des papules syphilitiques géantes, si ce n'est qu'elles étaient très prurigineuses. Sur le tronc et les membres quelques taches eczématoïdes semblables à celles qui existent aujourd'hui ; aucune d'elles ne présentait encore d'épaississement, d'infiltration du derme.

Le diagnostic était ambigu, il fut bien des fois discuté, et la malade fut soumise à un traitement d'épreuve (mercure et iodure de potassium). Pendant ce traitement, mais non pas bien entendu sous son influence, il se produisit une régression notable des lésions de la face ; la rougeur diffuse et la plupart des papules disparurent.

Au mois de mai la malade quitta mon service et entra dans un autre service de l'hôpital, où on lui prescrivit des frictions mercurielles et de

l'iodure de potassium. Au mois d'août elle rentra dans nos salles; bientôt les caractères objectifs de la dermatose se modifièrent; le diagnostic s'imposait.

Depuis quelques mois les tumeurs mycosiques ont grossi sensiblement. L'état général s'est maintenu excellent jusqu'ici. Il n'y a pas de leucocythémie, pas d'augmentation de volume de la rate ni du foie. Mais il existe depuis longtemps des adénopathies multiples et indolentes, surtout apparentes à la région cervicale.

Des coupes biopsiques ont été pratiquées dans les tumeurs et dans les papules. Je vous ferai connaître ultérieurement les résultats de l'examen histologique; mais, quels que soient ces résultats, le diagnostic ne devra pas être modifié.

Il n'existe pas de traitement du myocosis fongoïde. J'ai néanmoins soumis cette femme, sans foi et sans succès, aux différentes médications préconisées.

M. Ernest Besnier. — La malade que nous présente M. Tenneson est absolument caractéristique. On voit réunis chez elle la presque totalité des éléments dermatologiques qui appartiennent au mycosis fongoïde : les plaques eczématiques, les îlots lichénoïdes, enfin les tumeurs mycosiques. Les plaques érythémateuses et ortiées font, il est vrai, défaut, mais M. Tenneson les a observées précédemment. Ce cas est donc véritablement typique; son examen peut fixer dans les yeux et dans l'esprit les caractères symptomatiques cardinaux de cette affection.

Étude comparative sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique et la dermatite herpétiforme de Duhring,

Par M. H. Hallopeau.

La maladie que nous avons décrite sous le nom de *dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique* est caractérisée par la *production successive et continue de foyers de suppuration qui débutent, soit isolément, soit au pourtour d'anciens foyers, par des vésico-pustules miliaires et des taches érythémateuses, s'accroissent excentriquement, donnent lieu à un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques polycycliques, s'éteignent au centre tout en s'étendant excentriquement, deviennent végétants, puis s'affaissent en ne laissant d'autres traces que des macules très lentes à s'effacer; la santé générale reste bonne.*

Une observation communiquée dans la dernière séance de notre Société, par MM. Hudelo et L. Wickham, tend à établir que cet état morbide n'est autre qu'une variété de la dermatite herpétiforme de Duhring. Nous examinerons les arguments que l'on peut faire valoir

pour et contre cette manière de voir et nous essaierons d'en tirer une conclusion.

Si l'on compare avec notre dermatite les cas typiques de celle qu'a décrite Duhring, les différences sautent aux yeux : Dans celle-là, en effet, *l'éruption n'est pas polymorphe ; sa disposition n'est pas symétrique ; elle paraît se propager exclusivement par prolifération des foyers locaux ou par auto-inoculations ; elle est justiciable d'un traitement local.*

Dans celle-ci au contraire, l'*éruption est polymorphe ; elle ne se propage pas par prolifération locale non plus que par auto-inoculation ; le traitement local est sans action sur elle ; elle est généralement symétrique :* les choses se passent comme si notre dermatite était de *cause externe* et provoquée par la pénétration dans les téguments d'agents infectieux alors que celle de Duhring serait due *soit à la pénétration dans l'organisme de poisons fabriqués par l'organisme lui-même ou par des microbes, soit à des troubles tropho-névrotiques* : il semble donc y avoir des différences radicales entre les deux types morbides.

Mais, à côté des cas typiques de dermatite herpétiforme, il en est qui en diffèrent singulièrement et offrent dans leur expression symptomatique une réelle analogie avec nos faits de dermatite pustuleuse. La malade que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société en offre un exemple frappant.

La nommée G... entre le 23 février au n° 4 de la salle Lugol ; elle est âgée de 68 ans. Elle paraît avoir eu autrefois la syphilis.

Elle est atteinte actuellement d'une dermatose dont le début remonte à 2 ans ; cette maladie a commencé par l'apparition, à la face interne des cuisses, de bulles reposant sur des plaques rouges et s'accompagnant de vives démangeaisons ; bientôt des éruptions analogues se sont produites en différentes parties du tronc et des membres, constamment avec les mêmes caractères ; quand les bulles d'une poussée s'affaissent, de nouveaux éléments de même nature se produisent dans l'aire et à la périphérie des plaques érythémateuses. Au moment de l'entrée, les placards éruptifs occupent surtout les membres et la partie inférieure du tronc ; il y a également, à la nuque, des macules, vestiges d'éruptions semblables ; chaque placard est constitué par une rougeur plus ou moins sombre sur laquelle se détachent des éruptions bulleuses à diverses périodes de leur évolution ; des bulles se produisent également à leur périphérie ; au niveau des plaques érythémateuses, la peau est épaissie, ses plis sont exagérés, l'on y perçoit par le toucher de légères élevures ; les démangeaisons et les cuissons sont des plus intenses et pénibles ; les ganglions inguinaux sont tuméfiés; l'état général est relativement satisfaisant. L'éruption est très abondante à la partie postéro-inférieure du tronc ainsi qu'au bas-ventre, sur les grandes lèvres et à la partie interne des cuisses; les placards disséminés sur les membres mesurent de 3 à 8 centimètres de diamètre.

Depuis lors, l'état de la malade ne s'est pas modifié ; des poussées bulleuses ont continué à se produire dans les mêmes régions, à quelques jours d'intervalle ; *nous avons constaté à plusieurs reprises qu'elles se faisaient à la fois au niveau et à la périphérie de tous les placards, ce qui semble bien indiquer qu'elles sont de cause interne ;* les bulles sont parfois groupées en arcs de cercle, mais on ne les voit jamais se multiplier de proche en proche de manière à former des foyers à progression excentrique.

En résumé, la dermatose de cette malade rappelle l'aspect de celle que nous avons décrite sous le nom de dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique, par sa disposition en un certain nombre de placards isolés et persistants, par la pigmentation très foncée qu'ils présentent, par la production incessante dans leur aire et à leur périphérie de nouvelles poussées éruptives, par les sensations très pénibles de prurit et de cuisson dont ils sont le siège.

Si, comme dans certains cas de dermatite herpétiforme, l'éruption devenait papillomateuse et végétante, la ressemblance avec notre dermatite pustuleuse serait encore plus frappante : nous ne pensons pas cependant que ces faits doivent être classés dans la même catégorie et nous croyons devoir les rattacher à des espèces morbides distinctes.

Ce qui les différencie essentiellement à nos yeux, c'est l'évolution des lésions.

Il est vrai que, chez cette malade comme dans nos cas de dermatite pustuleuse, l'éruption est disposée en larges placards qui s'étendent excentriquement, et qu'il se fait incessamment, à leur périphérie ainsi que dans leur aire, de nouvelles poussées bulleuses ; *mais, si l'on suit de près la marche de ces poussées, on arrive à se convaincre qu'il ne se produit pas là, comme dans la dermatite pustuleuse, une prolifération des éléments éruptifs ; les poussées se font en effet simultanément sur tous les placards éruptifs et aussi dans leurs intervalles ; on ne voit nulle part une bulle engendrer à sa périphérie un groupe de bulles secondaires comme cela se produit, en toute évidence, dans notre dermatite, pour les vésico-pustules.* L'apparition réitérée des éléments éruptifs dans les mêmes régions ne prouve pas qu'il s'agisse en pareil cas de processus locaux. On peut citer des éruptions qui sont certainement d'origine interne, celles de l'iodisme, par exemple, et qui néanmoins se reproduisent constamment dans les mêmes foyers. D'autre part on ne connaît pas jusqu'ici d'éruption bulleuse due à une inoculation chez cette malade. Enfin, *l'éruption est symétrique à l'encontre de ce qui existait dans nos cas de dermatite pustuleuse.*

L'éruption de cette femme diffère donc essentiellement par son mode de développement, de celles de nos malades atteints de dermatite pustuleuse ; ce fait suffit pour établir qu'il ne s'agit pas de la même maladie.

Pour ce qui est du malade de MM. Hudelo et Wickham, le fait que les éléments éruptifs s'y multiplient par germination locale suffit, suivant nous, à établir qu'il ne s'agit pas d'une dermatite de Duhring (1).

Le *pemphigus végétant de Neumann* devra être étudié à ce même point de vue; nous devons reconnaître que M. Kaposi, ainsi que M. Neumann, ont considéré comme appartenant à un type morbide les deux malades que M. Feulard et nous-même avons présentés en 1889 au Congrès de Paris; mais, ni M. Schwimmer, ni M. Unna qui a attentivement examiné notre premier malade dans notre service, n'ont porté ce diagnostic; ajoutons que, ni les figures de Neumann, ni celles de Kaposi ne représentent exactement les éruptions de nos malades.

D'autre part, malgré l'importance secondaire que l'on tend à attacher aux caractères des éléments éruptifs, les lésions élémentaires chez nos deux malades comme chez le sujet de MM. Hudelo et Wickham ont été constamment des vésico-pustules, et par conséquent la dénomination de pemphigus végétant ne saurait lui être appliquée (2).

Le pronostic de notre dermatite pustuleuse est bénin; il diffère donc essentiellement de celui du pemphigus végétant de Neumann, maladie presque toujours mortelle à courte échéance.

Il résulte de cette discussion que nous devons *maintenir comme un type nouveau et distinct de la dermatite herpétiforme de Duhring aussi bien que du pemphigus végétant de Neumann l'état morbide que nous avons décrit sous le nom de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique.*

M. Brocq. — Je considère la malade que vient de présenter M. Hallopeau comme un type de la dermatite herpétiforme de Duhring. M. Hallopeau dit que la dermatite de Duhring n'est pas inoculable; mais il peut se produire dans cette affection des inoculations de lésions secondairement développées sur les affections primitives : ainsi l'eczéma n'est pas inoculable, mais l'eczéma peut se compliquer d'impétigo, lequel est inoculable.

J'ajouterai à ce propos que le malade présenté dans la dernière séance par MM. Hudelo et Wickham a offert, à l'époque où je l'ai observé pendant une absence de M. Vidal, des lésions végétantes des pieds absolument semblables à celles que l'on voit actuellement sur des organes génitaux. Je le répète, il était atteint de dermatite herpétiforme.

M. Hallopeau. — Il ne s'agit pas, chez nos malades atteints de dermatite pustuleuse, non plus que chez celui qu'ont présenté MM. Hudelo et Wickham, d'inoculations accidentelles; le processus y est essentiellement

(1) La lecture de l'observation nous a porté à modifier la manière de voir que nous avions exprimée à cet égard, lors de la présentation du malade.

(2) La constance de ce caractère éruptif chez les trois malades qui se rapportent au nouveau type de dermatite pustuleuse est encore un caractère qui la différencie de la dermatite de Duhring.

et exclusivement constitué par des proliférations locales, à l'inverse de ce qui existe dans la maladie de Duhring.

Sur la production, consécutivement à des plaques psoriasiques, d'achromies persistantes,

Par M. H. Hallopeau.

M. Besnier a signalé, dans les notes de sa dernière édition du traité de Kaposi, la persistance, après la disparition de plaques psoriasiques, de taches pigmentées ; le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société montre qu'il peut se produire dans les mêmes conditions des macules par décoloration des téguments.

Le psoriasis de ce jeune homme remonte à 7 ans ; il n'a jamais suivi d'autres traitements que celui par l'huile de cade, si ce n'est, il y a 3 ans, une série de badigeonnages iodés qui ont été renouvelés, à intervalles, pendant une quinzaine de jours, sans laisser de traces appréciables. Actuellement, ce malade présente une éruption nettement caractérisée de psoriasis disposée sur le tronc et les membres en placards dont les plus grandes dimensions atteignent environ 10 centimètres de diamètre. On voit en outre, en différentes régions de la poitrine et du dos, des taches décolorées qui tranchent par leur pâleur sur la peau saine et surtout dans les parties où elle est teintée en brun par l'acide pyrogallique ; ces macules ont la même configuration et la même disposition que les plaques psoriasiques : elles sont plus pâles que la peau saine; leurs contours sont nettement limités ; la sensibilité cutanée y paraît intacte ; leur surface est complètement lisse et nullement déprimée ; elle ne diffère de celle de la peau saine que par sa décoloration.

Le malade a remarqué l'apparition de ces macules il y a environ 10 mois, consécutivement à la disparition de plaques psoriasiques qui avaient à cette époque occupé les mêmes régions.

Ce renseignement, rapproché des caractères de ces macules, de leur configuration identique à celle des plaques de psoriasis, et de l'absence de toute autre cause capable de leur avoir donné naissance, nous paraît bien établir d'une manière incontestable qu'il s'agit de lésions consécutives à cette dermatose : en effet, on ne peut penser, ni à des cicatrices, ni à de la sclérodermie ; on ne peut non plus les considérer comme des plaques de vitiligo : leur décoloration est en effet moindre que celle de ces plaques et l'on ne voit pas à leur périphérie les taches sombres que l'on observe dans cette maladie.

Nous avons recherché si nous trouvions des altérations semblables chez d'autres poriasiques ; nous n'avons jusqu'à présent rien constaté

d'évident dans les cas qui, depuis 15 jours, nous ont passé sous les yeux ; peut-être cependant de légères décolorations étaient-elles esquissées chez quelques sujets.

La production de ces macules achromiques montre que les éruptions de psoriasis peuvent laisser à leur suite des troubles persistants de la nutrition dans les cellules des couches profondes de l'épiderme.

M. Vidal. — La modification principale dans la pigmentation consiste non pas dans l'achromie, mais dans l'hyperchromie : il est facile de voir que les parties foncées s'éloignent beaucoup de la coloration des parties saines de la peau, tandis que les plaques claires ont la même teinte que ces dernières.

Une observation de dermatite exfoliatrice des nouveau-nés,

Par MM. Paul Raymond et Barbe.

L'enfant que nous avons l'honneur de vous présenter est atteint d'une affection peu commune et intéressante à différents titres. Il s'agit d'un de ces types que l'on a pu isoler au milieu du groupe complexe des érythrodermies exfoliantes sous le nom de dermatite exfoliatrice des nouveau-nés. Cette dénomination lui a été imposée par von Ritter, mais l'affection avait été étudiée avant lui par différents auteurs, ainsi que l'indique d'ailleurs le professeur Kaposi qui lui a consacré un chapitre dans son traité des maladies de la peau (1). Nous n'avons pas l'intention de vous présenter un travail d'ensemble sur cette question et nous nous contenterons de vous exposer notre observation qui pourra peut-être servir un jour à l'étude de ce point encore assez mal connu de la pathologie cutanée.

L'enfant X..., Gabriel, âgé de 2 mois, est né à terme de parents bien portants, non syphilitiques et qui n'ont eu aucune maladie, sauf la mère qui a été atteinte de variole à l'âge de 16 ans. La grossesse a été normale et l'enfant est né le 13 novembre 1891. Il n'a pas encore été vacciné. La mère s'est aperçue au huitième jour de la naissance de l'enfant qu'il présentait à la partie postérieure des membres inférieurs, ainsi qu'aux plis de l'aine et génito-cruraux, des rougeurs diffuses qui furent prises par la sage-femme pour de l'intertrigo. On se contenta d'employer la poudre d'amidon et cet état persista du 23 au 30 novembre environ. A cette époque la mère remarqua sur la plante des pieds de son enfant des petites taches rouges sur lesquelles existaient de toutes petites vésicules remplies d'un liquide clair et plus petites qu'une tête d'épingle. Les jours suivants les rougeurs gagnèrent le ventre, la face antérieure des membres inférieurs puis les aisselles. C'étaient toujours, au dire de la mère, de toutes petites

(1) Édition française avec notes de E. Besnier et Doyon, 1891, I, 821.

vésicules sur base rouge, qui disparaissaient rapidement tandis que les taches érythémateuses venaient à la rencontre les unes des autres de façon à donner lieu à une rougeur généralisée. Après les aisselles, le cou fut pris et en ce point les vésicules étaient beaucoup plus grosses, toujours au dire de la mère.

Le pli du coude fut ensuite atteint, puis le dos, la poitrine, si bien que l'enfant présenta une rougeur sur tout le corps. La face fut aussi envahie, mais les phénomènes inflammatoires furent en ce point beaucoup moins prononcés et les renseignements que donne la mère sont peu précis. Tous ces symptômes inflammatoires ont mis environ 5 semaines pour se généraliser. Le traitement a consisté pendant ce temps dans l'emploi de bains d'amidon et de poudre d'amidon.

Pendant ce temps, l'enfant continuait à teter, ne paraissait pas souffrir, ne criait pas, dormait bien, n'avait pas de diarrhée. Mais il avait certainement des démangeaisons : il agitait les bras et les jambes, frottait la tête contre l'oreiller, et approché du feu se mettait à crier. Cet état a persisté pendant tout le mois de décembre ; il semble qu'avec la médication émolliente et l'emploi de la pommade à l'oxyde de zinc, l'état inflammatoire se soit un peu amendé.

Aujourd'hui, 12 janvier 1892, on trouve un enfant bien constitué et assez vigoureux, qui est élevé au biberon. Cet enfant a d'abord été nourri au sein pendant trois semaines et c'est au moment de ce changement d'allaitement que l'éruption a subi la poussée que nous avons notée.

Le corps dans toute son étendue est de couleur rouge vif : l'inflammation est encore très vive ; néanmoins la rougeur qui disparaît sous l'impression du doigt ne se reproduit qu'au bout de quelques secondes. Cette rougeur est diffuse mais plus prononcée par places comme s'il y avait des points en réserve où la peau est non pas normale, mais moins enflammée. Il n'y a pas de tuméfaction ni d'excès de chaleur. Sur tous ces points existe une desquamation foliacée et aussi furfuracée sur quelques points. Cette desquamation date de plus de 3 semaines ; il se serait donc passé environ 15 jours pendant lesquels il y avait la rougeur érythémateuse avec les petites vésicules, la desquamation n'ayant pas encore paru. Aujourd'hui, elle siège sur tout le corps et chaque fois que la mère change les linges ou la chemise de son enfant, elle y trouve des squames. Elle les évalue à deux bons dés à coudre dans les 24 heures. Ces squames s'enlèvent par lambeaux de près d'un centimètre : au-dessous la peau est lisse, légèrement suintante et présente l'odeur fade des dermatites exfoliantes. Il n'y a plus trace de vésicules et cela depuis plus de 3 semaines, date à laquelle les squames sont venues les remplacer. Les ongles restent intacts, sans aucune altération. Les mains ont d'ailleurs été très peu prises : il n'y a jamais eu de vésicules à la face palmaire et l'inflammation du bras s'est arrêtée aux poignets. Sur la face dorsale des mains la peau est sèche, rugueuse, de même que sur la face au niveau du front notamment. Il n'y a sur la figure non plus que sur aucune autre partie du corps la moindre fissure. Le nez n'a jamais coulé, les oreilles ont été tuméfiées et rouges et au niveau du sillon rétro-auriculaire, il s'est fait depuis quelques jours un suintement peu abondant, qui a cédé d'ailleurs à des lotions astringentes. C'est au

niveau du cou que la desquamation est aujourd'hui la plus prononcée et de temps en temps, l'enfant tourne la tête pour la frotter contre ses vêtements. Sur tout le cuir chevelu et sur les sourcils on trouve une accumulation de produits à la fois épidermiques et séborrhéiques au-dessous desquels la peau est rouge, mais d'une rougeur bien moins vive que sur le reste du corps.

A la partie supérieure des régions temporales et occipitale, les cheveux tombent lorsque ces plaques croûteuses se détachent. Au niveau de la muqueuse buccale, nous n'avons rien constaté d'anormal.

L'état général de l'enfant est bon : ses différentes fonctions se font régulièrement.

Les résultats de recherches microbiologiques seront communiquées ultérieurement s'il y a lieu.

Nous n'insisterons pas sur les caractères cliniques qui nous autorisent à porter ce diagnostic de dermatite exfoliatrice des nouveau-nés : début vers le dixième jour après la naissance, rougeur diffuse, desquamation généralisée, etc., etc., mais nous désirons mettre en relief quelques-unes de ces particularités symptomatiques. Et d'abord ce fait que l'éruption qui a commencé par les plis de flexion : aine, creux poplité, aisselle, pli du coude, cou, n'a pas progressé d'une façon régulière, n'a pas envahi de proche en proche toute la surface du corps. Elle s'est développée au contraire capricieusement, par placards éruptifs qui sont venus à la rencontre les uns des autres pour se réunir ensuite. Nous signalerons aussi ce fait, que bien qu'il y ait eu des vésicules disséminées sur différentes parties du corps, elles ne constituent pas le fait dominant de la maladie. Ce sont les lésions inflammatoires, de dermatite, qui l'emportent. Elles ont existé et existent encore sur tout le corps tandis que les vésicules ont manqué sur nombre de points, sur les mains, sur la poitrine, sur la face notamment. Cette vésiculation ne s'est montrée qu'à une phase de la maladie, comme épiphénomène bien plutôt que comme symptôme primordial et elle a disparu alors que l'exfoliation continue. Nous ne pouvons donc rapprocher ce cas des pemphigus foliacés. Notre petit malade semble enfin guérir, mais chez lui la durée de l'affection aura été bien plus longue qu'on ne le voit habituellement.

M. Vidal. — Cet enfant présente manifestement un état séborrhéique du cuir chevelu et il semble évident que la séborrhée joue un rôle dans l'affection cutanée dont il est atteint. Cette affection ne rentre d'ailleurs certainement pas dans le cadre des affections auxquelles on doit réserver le nom de dermatite exfoliatrice.

M. Brocq. — Pour admettre l'existence de la dermatite exfoliatrice, il faut un ensemble de caractères qui font défaut ici : fièvre, lésions tégumentaires intenses, longue durée de ces lésions, altérations des phanères. J'ai vu un cas semblable à celui de cet enfant et le petit malade a guéri

dans l'espace de six semaines sans médication. Quant aux faits décrits par Ritter von Rittershain, je n'en ai pas observé, et je ne crois pas qu'on en ait observé aucun cas en France.

M. Ernest Besnier. — La dermatite exfoliatrice des nouveau-nés est, en effet, fort rare : Les cas comparables à celui de cet enfant sont habituellement considérés, à l'hôpital Saint-Louis, comme des dermatites érythémato-eczématoïdes, de cause externe, le plus souvent produites par un enveloppement trop hermétique et par le contact prolongé des *excreta*.

Phthiriase des paupières,

Par M. Perrin de la Touche, de Rennes.

J'ai eu l'occasion d'observer depuis un an chez deux filles publiques deux faits identiques à ceux qui ont été communiqués par M. Jullien à la dernière séance de la Société.

Toutes les deux avaient plusieurs morpions dans les cils, et des lentes à chaque cil. Chez l'une la présence de parasites passait absolument inaperçue ; l'autre avait un peu de rougeur du bord des paupières et se plaignait d'une légère démangeaison ayant lieu surtout le soir. Chez cette dernière je ne pus trouver de traces de morpions ni aux aisselles ni au pubis : elle disait n'en avoir pas eu depuis plusieurs mois. Les démangeaisons ne remontaient qu'à une dizaine de jours. Chez l'autre il n'y avait ni rougeur ni démangeaisons, mais il y avait de nombreux morpions aux aisselles et au pubis. Ces deux femmes se sont débarrassées elles-mêmes de leurs parasites des paupières et des lentes en les enlevant. A la visite suivante elles n'en avaient plus et chez la première toute rougeur et démangeaison avaient disparu.

Ecthyma de la verge simulant un chancre syphilitique chez un enfant de 15 mois, dont les parents sont atteints actuellement d'accidents syphilitiques,

Par M. H. Feulard.

En dehors des lésions vénériennes qui peuvent parfois être confondues avec le chancre syphilitique, il y a un certain nombre de lésions banales de la peau qui, placées sur les organes génitaux et dans certaines conditions, simulent à s'y méprendre le chancre syphilitique ; au premier rang sont les lésions ecthymateuses et je n'ai pas besoin de rappeler les difficultés réelles qui se posent parfois dans le diagnostic des lésions ecthymateuses de la verge développées au cours de la gale, difficultés parfois insurmontables quand, ainsi que cela

n'est pas rare, il y a concomitance de ces lésions et de chancres véritables. Dans le cas que j'ai l'honneur de vous présenter, il s'agit bien probablement d'une lésion ecthymateuse pure, mais se présentant dans des conditions particulièrement difficiles.

Le 23 décembre 1891, m'était présenté par sa mère à la policlinique des maladies cutanées dont a bien voulu me charger dans son service M. le professeur Grancher, un jeune bébé, Robert J..., âgé de 15 mois, d'aspect fort bien portant et présentant sur la verge la lésion que vous voyez encore aujourd'hui, presque dans l'état où elle était alors, à savoir : une exulcération allongée transversalement sur le fourreau, mesurant 1 centim. environ de long, recouverte d'une croûtelle jaunâtre, reposant sur une base élevée dont le relief était parfaitement visible et présentait au toucher une induration très nette. Dans l'aine droite (la lésion siégeait sur la moitié droite de la verge) on sentait un ganglion gros comme une petite noisette et plusieurs petits ganglions disposés en chapelet. Rien dans l'aine gauche.
Il n'y avait aucune autre lésion aux organes génitaux ; rien sur le tronc ; mais sur le cou et les bras, des lésions eczémateuses disséminées. Notre première idée fut que nous avions affaire à un chancre syphilitique et tout d'abord l'interrogatoire sembla confirmer cette hypothèse.

La mère, femme de 37 ans, vient d'accoucher en octobre, d'un enfant actuellement bien portant, mais elle nous dit avoir été soignée en juin et juillet dans le service de M. le Dr Ferrand, à l'hôpital Laënnec, pour un chancre syphilitique de la vulve communiqué par son mari, devenu, dit-elle, syphilitique il y a plusieurs mois. S'agissait-il donc, malgré le siège un peu insolite pour un cas de ce genre, d'une contagion syphilitique domestique. Mais, l'interrogatoire poussé plus avant, nous apprenons que, pendant les couches de sa mère, le petit malade a été éloigné pendant deux mois de ses parents et mis en garde ; qu'il a été rendu il y a juste 24 jours, et que la lésion de la verge aurait apparu alors qu'il était encore chez la garde trois ou quatre jours avant de rentrer chez ses parents. Poussant l'enquête plus loin, nous allâmes chez la garde, dans un quartier fort excentrique, mais nous acquîmes la conviction que ce n'était pas par le fait de cette femme ni d'un autre nourrisson que l'enfant avait pu être contagionné.

L'examen du père de l'enfant que nous pûmes faire quelques jours après (6 janvier 1892), nous permit de préciser le problème. Cet homme, en effet, est bien syphilitique ; mais, point déjà important à propos de la naissance du second bébé, il est devenu syphilitique en février 1891 ; sa femme était déjà enceinte, il l'a contagionnée en mai. Donc, pour la mère, syphilis post-conceptionnelle, contractée vers le 4e mois, traitement jusqu'à la fin de la grossesse ; résultat, un enfant sain que nous avons vu également. Ce premier point était éclairci. Restait le cas de notre petit malade, frère aîné de ce bébé. Les renseignements donnés par le père, ceux de la garde concordent : c'est trois ou quatre jours avant que l'enfant fût rendu à ses parents que s'est montré le bobo de la verge ; mais en même temps existait, paraît-il, une éruption étendue aux fesses et aux aines, éruption qui fut qualifiée d'eczémateuse par un confrère. C'étaient les restes de cette éruption que nous observions au cou et sur les bras.

L'enfant a été mis en observation et voici comment les choses se présentent actuellement. La lésion du fourreau est restée à peu près la même, elle a cependant un peu diminué, mais pourrait encore en imposer objectivement pour un chancre syphilitique. Cette lésion, qui avait déjà 28 jours de durée quand nous l'avons vue la première fois (23 décembre), en aurait maintenant 50, ce qui est bien long pour un chancre syphilitique ; l'adénopathie est restée stationnaire, elle a plutôt aussi diminué un peu. Aucune éruption spécifique n'est apparue ; mais sur les bras, au milieu des lésions eczémateuses déjà existantes, se sont développées trois ou quatre éléments ecthymateux dont un surtout, situé sur le bras droit, s'est induré à sa base. Sans doute la lésion de la verge est de même nature : reste probable d'une poussée ecthymateuse développée elle-même sur de l'eczéma, ainsi que cela est si fréquent dans la première enfance. Cette éruption, soignée au moment du retour de l'enfant dans sa famille, avait disparu sauf la lésion de la verge qui, observée à l'état isolée, pouvait faire errer le diagnostic.

En résumé, je crois que l'on peut conclure à une lésion ecthymateuse de la verge, syphiloïde au premier chef (ecthyma survenu en dehors de la gale), dont le diagnostic a été rendu fort difficile : d'une part, parce que la lésion qui avait objectivement la plupart des signes du chancre était unique au moment où nous la vîmes la première fois (unicité qui est bien rare dans l'ecthyma) ; d'autre part, par cette coïncidence curieuse que le père et la mère du petit malade sont en puissance actuelle d'accidents syphilitiques et que l'on pousait penser à une contagion de famille. En tout cas, je crois que ce fait, intéressant pour l'histoire du diagnostic du chancre syphilitique, doit prendre place à côté de ces autres faits de lésions pseudo-syphilitiques dont mon maître M. le professeur Fournier, poursuit en ce moment l'étude.

M. Fournier. — Le petit malade de M. Feulard offre un intérêt considérable, tant au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal.

J'ai déjà observé un certain nombre de cas analogues, dans lesquels une ulcération à base indurée accompagnée d'une polyadénopathie aurait pu être prise pour un chancre syphilitique et servir encore il y a quelques années de base à une accusation dont il est inutile de faire remarquer la gravité. A l'heure actuelle, on est plus réservé, parce qu'on connaît un certain nombre de lésions ulcéreuses chancriformes : en premier lieu se trouve la gale, à laquelle il faut ajouter la phthiriase, ainsi qu'il résulte d'un fait que j'ai vu ces jours derniers dans le service de M. Besnier.

Les faits d'ulcérations chancriformes d'origine acarienne ne sont pas absolument exceptionnels. Voici plusieurs photographies représentant des lésions de ce genre développées sur la verge de sujets atteints de gale.

qui n'étaient porteurs d'aucune autre maladie que la gale ; il semblerait, à voir ces photographies, qu'elles reproduisent des chancres syphilitiques ; l'une d'elles est un exemple de lésion acarienne simulant un chancre simple : dans ce dernier cas, l'inoculation seule a permis d'éliminer cette affection et de rapporter à la gale l'ulcération de la verge ; en voici une autre qui représente une ulcération de la fesse offrant des caractères tels que, à la simple inspection, il semblait évident qu'il s'agissait d'un chancre infectant.

Dans le fait actuel, non seulement les caractères de l'ulcération sont ceux du chancre syphilitique le plus typique, mais encore l'adénopathie qui l'accompagne ne serait pas déplacée dans un cas de chancre infectant. Voilà donc deux des signes du chancre syphilitique, que l'on peut considérer en général comme excellents, et qui se rencontrent ici dans une affection qui n'est pas un chancre. Cela prouve que les symptômes objectifs ne sont pas des signes absolument certains du chancre syphilitique, qu'ils sont parfois trompeurs. Il en résulte qu'on ne possède que deux signes absolus du chancre syphilitique, l'évolution et la confrontation.

Derrière cette question de la valeur des signes du chancre, qui ne paraît être qu'une question de curiosité objective ou de diagnostic clinique, se trouve une autre question, celle de savoir si la symptomatologie de la syphilis peut se borner à la présence du chancre et, incidemment, celle de l'excision du chancre infectant. En effet, sur quoi les opérateurs qui pratiquent l'excision d'une lésion ulcéreuse se basent-ils pour admettre que cette lésion est un chancre syphilitique ? Uniquement sur les signes objectifs de cette lésion. On peut donc se demander si, dans les cas où l'excision n'a été suivie d'aucun accident général, les signes objectifs n'ont pas pu induire en erreur et faire prendre pour un chancre syphilitique une lésion banale quelconque des organes génitaux, accidentellement indurée à sa base. Pour que les résultats favorables de l'excision des chancres syphilitiques puissent être considérés comme démontrés, il faut que la confrontation et l'incubation du chancre viennent confirmer le diagnostic basé sur les signes objectifs ; sans ce complément d'informations, l'observation n'a aucune valeur démonstrative : or, aucun des faits rapportés jusqu'ici ne répond à ce desideratum.

M. Ernest Besnier. — Le malade auquel M. Fournier vient de faire allusion est entré récemment dans mon service avec une ulcération de la verge présentant les signes classiques du chancre syphilitique ; en outre, il était porteur de nombreuses pustules d'ecthyma généralisé. Or, en examinant attentivement le malade, on a constaté la présence, sur les poils de la région pubienne, de lentes et de poux, en même temps que celles de taches bleues sur l'abdomen. Nous nous trouvions, en réalité, en présence d'un cas de phthiriase du pubis avec lésions chancriformes de la verge, et ecthyma phthiriaque. Ce fait est d'autant plus intéressant et insolite que le phthirius inguinalis donne rarement lieu au développement de lésions suppuratives.

Pour ce qui est du diagnostic absolu du chancre syphilitique, auquel nous ne pouvons arriver au moyen de la seule exploration clinique, je

désirerais savoir de M. Darier si, pour lui, les caractères histologiques d'une lésion peuvent permettre d'affirmer qu'elle est un chancre syphilitique.

M. J. Darier. — Je déclare ne pas connaître de caractères histologiques absolus et constants permettant de faire le diagnostic entre un chancre syphilitique et certaines lésions chancriformes indurées.

Sur un prépuce excisé par M. Le Dentu chez un malade de M. Fournier, de 3 lésions qui existaient, l'une avait au complet les caractères histologiques d'un chancre induré, les deux autres étaient douteuses. L'excision ne fut suivie d'aucune manifestation secondaire. Ce cas m'a rendu prudent.

M. Jullien. — Je désirerais savoir sur quelles données s'est basé notre collègue M. Darier pour affirmer tout d'abord la nature syphilitique du chancre excisé. Car il ne nous a fait connaître que le motif de son revirement, et ce motif me semble insuffisant puisqu'il préjuge la question de l'efficacité de l'excision, question qui a la vie dure, j'ai plaisir à le constater, puisqu'on la tue tous les mois, et qu'elle revient sur l'eau à chacune de nos séances.

M. J. Darier. — Il est vrai que, comme l'objecte M. Jullien, ce cas pourrait être un exemple d'excision suivie de succès, c'est possible quoique peu probable à mon sens, mais je me borne à faire remarquer que l'histologie ne peut suffire à démontrer que la lésion inconnue était bien un chancre.

M. Verchère. — En somme, il n'est pour ainsi dire pas de symptômes caractéristiques permettant d'affirmer un diagnostic de chancre induré. Seule l'évolution ultérieure, la marche réputée normale de la syphilis permet de faire un diagnostic rétrospectif. Cette absence de caractère absolu du chancre permet, dans tous les cas d'éradication qui doit être faite rapidement et dès l'apparition de la lésion, de soupçonner une erreur de diagnostic et jamais, si aucun accident ne suit cette éradication, but auquel tendent les efforts des opérateurs, on ne pourrait affirmer que l'on a eu réellement affaire à l'accident primitif.

Dans un cas récent j'ai eu l'occasion de chercher une preuve nouvelle, qui peut avoir une valeur relative par ce fait même qu'elle est négative.

Il s'agissait d'un jeune homme que m'avait adressé mon excellent confrère et ami le Dr Duplaix, et porteur de deux érosions indurées, parcheminées, siégeant sur le prépuce que le malade portait long et dilatable. La lésion était apparue 9 jours après le coït supposé infectant, affirmé infectant et présentait tous les caractères classiques du chancre induré le plus typique. Depuis 48 heures seulement elle était apparue et, s'il existait des ganglions perceptibles à un palper attentif, ils n'étaient nullement caractéristiques. Ce diagnostic de chancre induré fut confirmé par mon savant collègue le Dr Brocq, qui comme le Dr Duplaix conseilla l'éradication. Je fis la circoncision. Mon incision passant loin de la lésion, je

fus certain d'avoir enlevé la lésion dans son entier et loin de la zone suspecte.

La guérison par première intention fut rapide et complète. Le malade a été opéré au mois d'octobre et actuellement trois mois pleins après l'intervention, il n'a jamais présenté de roséole, ni d'accidents secondaires. Je l'ai examiné très souvent, tous les 8 jours. Peut-être a-t-il eu il y a une quinzaine de jours un peu d'angine, ayant amené un peu de rougeur de l'isthme du gosier, mais dont la nature ne saurait s'affirmer.

Comment m'assurer que j'avais eu affaire à un chancre induré ? Je ne pouvais mettre en doute les diagnostics de mes distingués confrères, d'autre part j'étais moi-même tout à fait convaincu de l'évidence de la nature de la lésion que j'avais eue sous les yeux ; néanmoins je cherchais une preuve expérimentale. Voici la preuve négative qui vint encore donner un argument de plus en faveur de notre diagnostic.

J'inoculai au bras un de mes malades atteint de roséole ou de plaques muqueuses, en pleine période secondaire, dont j'avais vu le chancre et dont la syphilisation ne pouvait laisser le moindre doute.

Mon inoculation resta absolument négative. J'en peux conclure simplement que je n'ai eu affaire à aucune affection vénérienne contagieuse, sauf le chancre induré. Peut-être ai-je eu sous les yeux un cas d'ulcération non inoculable ; mais grâce à cette expérimentation sans danger j'ai pu ainsi limiter le nombre d'affections avec lesquelles peut se confondre le chancre induré et si mon malade continue à rester indemne, j'apporte un fait de plus à l'appui de la théorie des partisans de l'éradication, fait dans lequel la vérification du diagnostic a été poussée un peu plus loin qu'elle ne l'avait été antérieurement.

M. Ernest Besnier. — La réponse de M. Darier est extrêmement importante et je m'applaudis d'avoir provoqué cette déclaration d'un observateur si compétent et si versé dans les questions d'histologie cutanée. Ainsi donc, il n'est pas possible, par l'histologie, d'arriver à reconnaître si une lésion est un chancre syphilitique. Dès lors, puisque les signes objectifs peuvent être trompeurs, je ne vois plus quel critérium, immédiat et direct, on peut invoquer pour affirmer l'existence du chancre syphilitique.

M. Fournier. — Il reste toujours la confrontation.

M. Ernest Besnier. — La confrontation peut, en effet, servir à établir la nature syphilitique d'un chancre ; mais ce n'est là qu'une preuve indirecte, latérale, et qui, en outre, peut faire parfois défaut.

M. Fournier. — Je tiens à déclarer que je ne condamne pas sans appel l'excision du chancre syphilitique en tant que moyen abortif de la syphilis. Je l'ai fait pratiquer chez plusieurs de mes malades, car je ne me crois pas en droit d'enlever à un sujet les chances de guérison qu'elle peut lui offrir. Mais, je ne connais encore aucun cas où elle ait donné un résultat positif bien démontré.

Pour établir la valeur thérapeutique de cette opération, il faudrait apporter une série de faits dans lesquels une lésion, présentant tous les carac-

tères du chancre syphilitique, se soit développée dans les limites de l'incubation du chancre, chez un sujet ayant eu des rapports avec une femme syphilitique, reconnue telle à un examen direct. Or, aucune observation ne répond à ces conditions. Par contre, un certain nombre de succès apparents sont analogues à celui rapporté récemment par M. Spillmann, dans lequel un sujet, qui avait subi l'excision d'un chancre syphilitique, n'avait présenté aucune manifestation de la syphilis jusqu'au jour où l'infection se traduisit par le développement du tabes.

M. Spillmann. — Je suis peu porté à accorder une valeur thérapeutique à l'excision du chancre, moins encore depuis la dernière tentative que j'ai faite : il s'agissait d'une jeune femme dont l'amant était syphilitique et qui, craignant d'être atteinte de la même maladie, venait se faire examiner tous les trois jours ; dès que je constatai l'existence d'un chancre, j'excisai la petite lèvre sur laquelle il s'était développé ; quelque précoce qu'ait été l'excision, la syphilis ne s'en est pas moins manifestée par des accidents secondaires survenant dans les limites normales.

Un cas de pityriasis rubra pilaire (maladie de Devergie-Richaud), avec intégrité des extrémités,

Par M. Hudelo.

Je vous présente un malade, âgé de 25 ans, atteint de pityriasis rubra pilaris (maladie de Devergie-Richaud). Ce malade, qui ne présente aucun antécédent de famille à noter, a toujours joui d'une excellente santé ; il a présenté il y a 3 ans au niveau de la face une éruption squameuse, qui, traitée à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, a guéri en 8 jours.

La maladie actuelle a débuté approximativement vers le milieu de novembre par la face : c'est au niveau des yeux que le malade a d'abord remarqué une desquamation persistante ; bientôt après, il observa sur son corps des « boutons » peu abondants, très faiblement prurigineux. Cette éruption s'est étendue lentement jusque vers le 15 décembre, époque à laquelle elle s'est en quelques jours généralisée. C'est alors (fin décembre) que le malade est entré dans le service de M. le professeur Fournier (salle St-Louis, n° 25).

D'ailleurs, pendant toute cette période, la santé générale restait excellente.

A l'entrée à l'hôpital, le malade se présente porteur d'une dermatose occupant le tronc, les membres supérieurs, le cou, la face, le cuir chevelu. Elle présente en ces diverses régions des caractères différents.

Sur le cuir chevelu et dans toute son étendue, on note une desquamation plâtreuse, sèche, incessante, spontanée : par le grattage, on enlève des couches squameuses successives. Les cheveux tiennent bien, et l'on ne note aucune saillie au niveau des follicules pilaires.

Sur le visage, au niveau des régions pilaires (sourcils, moustache, barbe), on retrouve la même desquamation pityriasique, blanchâtre, incessante ;

après grattage, on trouve sous les squames, un épiderme rouge, lisse ; on ne détermine pas de saignement.

Sur les joues, le front, les paupières, la rougeur est prédominante ; elle forme des plaques irrégulières recouvertes de squames adhérentes.

Au niveau des oreilles, on constate une desquamation plâtreuse qui se prolonge dans le conduit auditif externe, et sous laquelle la peau est rouge.

On ne note rien d'anormal sur la muqueuse buccale, ni au niveau des dents.

Au cou, les lésions occupent surtout la face postérieure : toute la nuque, depuis la lisière des cheveux jusqu'à la base du cou, est occupée par un placard de peau chagrinée, râpeuse ; cet aspect est dû à la coalescence de saillies miliaires ou lenticulaires, à contour irrégulièrement circulaire, juxtaposées et séparées les unes des autres par de petites fissures ; chacune de ces saillies présente à son centre un orifice pilaire généralement occupé par un poil engainé de squames.

Sur les parties latérales du cou, ainsi qu'en avant, les placards sont moins étendus ; entre eux se voient des îlots de peau saine, tachetée çà et là de saillies isolées, à sommet tronqué, squameux.

Sur tout le cou, la peau présente, sous les squames, une rougeur assez vive.

Aucune adénopathie à noter dans cette région.

C'est au niveau du tronc que la lésion élémentaire présente ses caractères les plus nets, et notamment de chaque côté sur la partie latérale du thorax : à ce niveau, chaque élément est formé par une saillie, à base arrondie et large de 1 à 1 millimètre 1/2, à sommet conoïde, tronqué : cette élevure présente une coloration rose jaunâtre. En examinant le sommet, on voit le plus souvent à son centre, un point noir, quelquefois déprimé (d'où un aspect ombiliqué), correspondant le plus souvent à un poil constatable soit à l'œil nu, soit à la loupe.

Ces saillies sont dures, râpeuses au contact.

Si on les gratte, on les détruit complètement, et l'ongle ramène des squames plâtreuses qui les constituent en totalité ; si on soulève avec une pince une de ces saillies au niveau de sa base, on la détache facilement de l'épiderme sous-jacent, et on voit que cette base pénètre dans l'épiderme sous la forme d'un cône à sommet profond, en sorte que la saillie considérée dans son ensemble est formée de deux cônes, l'un profond, l'autre superficiel, adossés par leur base. La saillie engaine dans toute sa hauteur le poil qui en occupe le centre ; on peut, en tirant, faire glisser le cône sur le poil, sans arracher celui-ci.

Le cône épidermique enlevé, on trouve sous lui l'épiderme rouge, humide, non saignant, et déprimé en cratère dans lequel était logée la partie profonde de la saillie squameuse : ce cratère correspond à un orifice et à un infundibulum pilaires dilatés. La rougeur épidermique ne dépasse pas les limites de la base de la saillie extérieure.

La lésion élémentaire est donc formée par une saillie conique, de nature épidermique, cornée, siégeant au niveau d'un orifice pilaire et engainant le poil correspondant, recouvrant un épiderme rouge à peine infiltré.

Sur les flancs, ces lésions sont en général isolées, distinctes, séparées par la largeur des intervalles interfolliculaires où la peau a sa coloration normale ; elles sont très rapprochées, mais non coalescentes.

A la face antérieure du sternum, mais surtout à la face antérieure des aisselles, les lésions ont les mêmes caractères, mais elles forment par coalescence des placards rouges et très fortement squameux.

Sur l'abdomen, la lésion a les mêmes caractères que sur les flancs.

Dans le dos et au niveau des reins, les lésions sont très discrètes, et l'on note de larges intervalles de peau saine (région interscapulaire).

Enfin, le scrotum ne présente que quelques éléments discrets ; le pénis est normal.

Sur les membres supérieurs, la lésion occupe les bras et les avant-bras : elle prédomine surtout au pli du coude, et à la face postérieure et supérieure des avant-bras, où elle forme des placards squameux entourés d'une auréole rouge.

Les mains, sur leur face dorsale, sont encore respectées : on ne note encore que quelques poils cassés sur le dos des phalanges : pas de grains pilaires sur le dos du métacarpe, ni des phalanges.

Les paumes présentant un notable épaississement corné.

Les ongles offrent des altérations marquées, caractérisées par une pousse rapide, une striation verticale, et un épaississement de la moitié inférieure de l'ongle dû à la présence sous la face profonde d'une matière sébacéo-squameuse qu'on peut détacher avec une pince (ongle en moelle de jonc).

Notons une légère adénopathie axillaire.

Sur les membres inférieurs, la lésion, telle que nous la constatons sur le tronc et les membres supérieurs, ne descend pas au-dessous de la moitié supérieure de la cuisse, et encore y est-elle très discrète, sauf au niveau des plis inguinaux surtout à gauche.

Sur les fesses, la face postérieure des cuisses, les deux jambes, on ne note qu'un état ansérin très marqué de la peau, avec légère exagération des plis superficiels.

Les creux des jarrets, les pieds sont absolument respectés : les ongles des orteils sont normaux.

On constate au niveau des deux ligaments rotuliens un peu d'épaississement avec état squameux de la peau.

Enfin, le malade présente de l'adénopathie inguinale, surtout à gauche où il se plaint d'un bubon douloureux, depuis huit jours.

L'état général du malade reste excellent ; le prurit est très modéré.

Depuis son entrée dans le service, le malade est traité par des applications répétées de glycérolé d'amidon et des bains d'amidon : par ce traitement, la desquamation plâtreuse, celle du visage et des aisselles principalement, s'est notablement atténuée, mais pour reprendre immédiatement dès que l'on suspend un jour le traitement.

En somme, notre malade est un beau cas de pityriasis rubra-pilaire, et la lésion élémentaire présente chez lui les caractères figurés dans la planche I du si remarquable mémoire de M. Besnier ; il ne diffère des types complets que par la notable intégrité des mains et des pieds.

Il faut toutefois remarquer que, chez notre malade, la dermatose date seulement de deux mois et n'a pas encore eu le temps de parcourir le cycle d'altérations (notamment l'infiltration cutanée) que l'on peut observer dans les cas plus longuement suivis.

Un cas d'impetigo herpetiformis (HEBRA),

Par M. WILLIAM DUBREUILH (de Bordeaux).

L'impetigo herpetiformis est un type morbide qui a été créé par F. Hebra dans un travail fondé sur 5 observations. Depuis 1872, date du mémoire de Hebra, d'autres cas ont été publiés, presque tous en pays allemand, et surtout à Vienne. Parmi ces travaux, le plus important est celui de Kaposi dans le *Vierteljahresschrift für Dermatologie*, de 1887, et qui est accompagné de nombreuses planches.

Dans ce travail, Kaposi considère que la maladie est définie par son nom. *Impetigo* indique que la lésion élémentaire est une pustule; *herpétiforme* indique le groupement et la marche centrifuge des lésions.

D'après les descriptions de Kaposi, la lésion primitive est une pustule miliaire superficielle et franchement épidermique et elle conserve le même caractère pendant toute la durée de la maladie sans qu'on voie jamais apparaître des vésicules ou des bulles. Ces pustules forment des groupes qui s'étendent excentriquement par poussées successives en formant des cercles. Cette zone d'accroissemeut est constituée par une rangée multiple de pustules siégeant sur une peau enflammée.

Dans l'aire de ce cercle, la peau se recouvre d'épiderme après un stade de suintement sans jamais présenter d'ulcérations ni de cicatrices. L'éruption occupe de préférence la région génito-crurale, les seins, la muqueuse buccale. La maladie affecte presque exclusivement des femmes enceintes ou récemment accouchées et se termine presque constamment par la mort. Elle s'accompagne de fièvre et de frissons répétés. Il peut arriver que la fièvre fasse défaut au début ou pendant certaines périodes de la maladie; l'éruption peut affecter la muqueuse buccale ou les aisselles avant la région génito-crurale.

La mort n'est pas constante à la première atteinte, mais elle peut être due à une récidive.

Cette description est assez nette pour donner à la maladie en question une physionomie assez bien caractérisée et c'est ce qui m'a permis de rapporter à l'impetigo herpetiformis le cas que j'ai observé. Comme on le verra, la description qui précède s'applique parfaitement à mon cas, et j'ajouterai que l'aspect des lésions était presque iden-

tique à celles qui sont représentées dans les planches VIII et X du mémoire de Kaposi.

J'aurais pu être arrêté par ce fait que mon malade était un homme, si, dans le mémoire précité, Kaposi n'avait rapporté in extenso un cas observé chez un homme et qu'il n'hésite pas à ratacher à l'impetigo herpetiformis. Dans le cas que je vais avoir l'honneur de vous soumettre, l'éruption est identique à celle qui s'observe chez les femmes enceintes, les symptômes généraux et subjectifs sont les mêmes, c'est la même marche, c'est la même terminaison fatale.

Le nommé G. R..., portefaix, âgé de 53 ans, alcoolique, mais n'accusant pas d'antécédents syphilitiques est entré à l'hôpital le 22 juillet pour de l'œdème des jambes et de l'albuminurie. Déjà, au commencement de l'année, il avait pour la première fois remarqué le gonflement des jambes et il était pour ce fait entré à l'hôpital pendant quelques jours.

L'éruption a fait son apparition vers le 8 août, mais ce n'est que le 18 août que je l'ai vu et constaté ce qui suit : Les membres inférieurs sont notablement œdématiés jusqu'à leur racine et l'éruption occupe principalement la partie inférieure du tronc et supérieure des cuisses sous forme de grandes plaques dont une occupe toute la région génito-crurale, le pubis, les faces antérieure et interne des cuisses ; les autres d'un diamètre de 10 à 20 centimètres, irrégulières, plus ou moins confluentes occupent l'abdomen, les flancs et même les lombes et les fesses, mais dans ces dernières régions leurs limites ne sont plus aussi nettes. Au niveau de ces placards la peau est très légèrement infiltrée mais sans saillie apparente ; dans les régions œdématiées, elle est simplement un peu plus ferme. Toute la partie centrale des plaques est d'un rouge sombre, couverte de croûtes minces, noirâtres ou de squames larges et molles. Dans la région génito-crurale elle est le siège d'un suintement abondant, fétide, n'empesant pas le linge. Ces plaques sont entourées d'une bordure de 1 à 3 doigts de large où la rougeur est plus vive et qui est criblée de petites pustules, ne dépassant guère le volume d'un grain de mil, à peu près égales, très serrées, peu tendues, très superficielles, remplies d'un pus blanchâtre et épais. En dehors les pustules moins serrées s'égrènent un peu, en dedans elles deviennent graduellement confluentes ; l'épiderme mince, macéré, complètement soulevé, ne tend pas à se déchirer en lambeaux, laissant entre la partie centrale croûteuse et la bordure pustuleuse une étroite bande rouge et suintante. A la partie postérieure du tronc et des cuisses les pustules sont plus flasques et le suintement est plus abondant.

Sur la partie externe des cuisses et la poitrine, on trouve des lésions disséminées, constituées par des pustules analogues, très rarement isolées, formant généralement des groupes de la grandeur d'une lentille à celle d'un haricot ou des petits cercles de la grandeur d'une amande, arrondis ou ovalaires. Le centre de ces cercles est affaissé, couvert de croûtes minces, leur périphérie est entourée d'une bordure de pustules miliaires en rangée simple ou multiple. Ces lésions siègent sur une peau rouge mais nullement infiltrée.

Ces lésions ne sont pas douloureuses, il y a seulement une très légère démangeaison au niveau des parties squameuses.

Le malade est extrêmement abattu, d'une faiblesse excessive, il a des frissonnements irréguliers, une fièvre modérée. L'appétit est nul. Depuis quelques jours est survenue une diarrhée abondante, liquide, avec 5 à 6 selles par jour. Urines albumineuses.

Les jours suivants les plaques existantes grandissent, deviennent confluentes, les bordures pustuleuses forment de grandes arcades, des lésions disséminées apparaissent sur les membres supérieurs ; quelques lésions très minimes dans la bouche. Les pustules toujours miliaires deviennent de plus en plus flasques. L'état général s'aggrave, la prostration devient excessive, toujours avec une fièvre modérée et des frissonnements répétés, la diarrhée persiste et le malade meurt le matin du 24 août.

A l'autopsie on trouve une ascite légère, de l'athérome artériel généralisé très intense, un foie syphilitique, des lésions microscopiques des reins, probablement syphilitiques aussi.

(L'observation complète de ce malade sera publiée dans un mémoire sur l'impetigo herpetiformis qui paraîtra dans un des prochains numéros des *Annales de dermatologie*.)

Lichen plan et hydrothérapie,

Par M. L. Jacquet.

Voici deux malades atteintes de lichen plan et traitées par les douches tièdes.

De ces deux malades, l'une vous est encore inconnue ; elle a reçu 21 douches. Les symptômes nerveux et le prurit ont complètement disparu aujourd'hui. Les lésions cutanées qui étaient chez elle discrètes, discoïdes, très saillantes et très dures, commencent à se pigmenter et à s'affaisser.

L'autre malade a été déjà montrée à la précédente séance : elle venait de commencer le traitement depuis trois jours. L'éruption lichénienne qui était chez elle d'une profusion extraordinaire est en voie de régression générale et très prochainement aura tout à fait disparu. Quant aux symptômes nerveux très intenses dont elle souffrait, il y a longtemps déjà qu'ils ont fait place à un calme presque normal.

M. Ernest Besnier. — Il est certain que, chez la première des deux malades présentées par M. Jacquet, le prurit a disparu, mais il persiste des éléments néoplasiques indéniables de lichen plan : on ne peut donc prononcer pour elle le mot de guérison, mais seulement celui d'amélioration. Chez une malade de la ville, j'ai vu la contre-partie ; l'éruption a disparu, à la suite du traitement hydrothérapique, mais le prurit persiste.

Quant à la deuxième malade, l'éruption s'est manifestement affaissée ;

mais ne se reproduira-t-elle pas ? Avec une maladie à marche aussi irrégulière, à durée aussi variable que le lichen plan, il est sage de rester sur la réserve.

Pour l'heure actuelle, je suis disposé à continuer cette expérimentation thérapeutique, mais je déclare que plusieurs mois d'observation sont encore nécessaires pour en tirer des conclusions décisives.

Présentation d'une malade atteinte de lésions pustuleuses disséminées sur la peau des mains et de l'avant-bras.

Par M. VEILLON.

Cette malade, qui appartient au service de M. le Professeur Fournier, présente depuis deux mois des poussées successives d'éléments éruptifs, disséminés et groupés d'une façon symétrique, sur la peau des régions carpiennes et métacarpiennes des deux mains et sur les avant-bras.

Voici en quoi consiste cette éruption : Sur la peau saine apparaît (*au dire de la malade*), une tache érythémateuse ; puis sur cette tache, apparaît quelques heures après une petite saillie (*que nous constatons*), très peu élevée, vésiculeuse portant au centre un point *noirâtre*, *déprimé*, *ombiliqué*, comme si on avait appliqué sur la peau une tête d'épingle rougie au feu.

Cette petite vésicule est très peu saillante, elle est entourée d'une aréole rouge. Au bout de 4 à 5 jours, cette vésicule s'étend, le liquide devient purulent, il se forme une vésico-pustule surmontée d'une croûtelle jaunâtre. Si on enlève cette croûte, on trouve une petite ulcération dont les bords sont nets, taillés à l'emporte-pièce. Le fond est recouvert d'un enduit purulent ou jaunâtre très adhérent. Peu à peu la croûte se dessèche, devient noirâtre et la lésion se termine par une cicatrice brunâtre à bords bien limités.

L'évolution complète d'un de ces éléments dure un mois environ.

On trouve sur cette malade des éléments à toutes les périodes de leur évolution.

Tous ces éléments sont régulièrement disséminés et séparés les uns des autres par de la peau saine. Ils ont le diamètre d'une lentille environ.

La malade se plaint de ressentir au moment des poussées des douleurs très vives siégeant profondément dans les muscles de l'avant-bras : ces douleurs sont passagères.

En résumé, cette éruption peut être comparée aux folliculites symétriques à tendance cicatricielle de M. Brocq et aux « folliclis » de M. Barthélemy ; mais elle s'en éloigne sur bien des points. En effet, lorsqu'on examine la lésion tout à fait au début, on voit que les éléments jeunes, les vésicules naissantes ont des caractères objectifs qui nous ont paru insolites, aussi nous avons entrepris des recherches sur la nature pathogénique de cette éruption.

Les recherches bactériologiques, bien qu'encore inachevées, sont restées jusqu'à présent négatives.

D'autre part, si on examine avec soin la malade, on trouve sur elle tous les signes de l'hystérie : analgésie, rétrécissement du champ visuel, etc. Il faut donc se demander si l'éruption que présente cette malade n'est pas due à un trouble trophique comme en on trouve dans l'hystérie ; ou bien s'il ne s'agit pas d'une lésion cutanée artificiellement provoquée. Nous observons cette malade depuis un temps trop court pour que cette question puisse être élucidée, mais les recherches seront poursuivies dans ce sens.

M. Ernest Besnier. — La disposition régulière des lésions, leur localisation à deux régions symétriques, l'intégrité des régions ordinairement occupées par les follicules, éveillent dette idée qu'elles sont dues à une cause externe, appliquée intentionnellement sur les régions malades. En outre l'aspect est absolument celui de brûlures ; on trouve pour ainsi dire toutes les phases par lesquelles passent les brûlures pour arriver à la réparation.

M. Vidal. — Je partage absolument l'opinion de M. Besnier sur l'existence de brûlures provoquées et je ne vois pas dans ces lésions les caractères des folliculites.

M. Fournier. — Il est certain que cette malade offre une série de stigmates de la grande névrose protéiforme dans laquelle on observe un si grand nombre de troubles et de lésions dus à la simulation. C'est ainsi que l'on peut constater de l'anesthésie cutanée, des troubles de l'ouïe et de la vue, et que la malade est très facilement hypnotisable. Je ne contesterai pas non plus que la disposition des lésions cutanées est très favorable à l'idée de la simulation. Cependant des lésions semblables peuvent se rencontrer dans certains cas de folliculites ; aussi je crois qu'il n'est pas possible de trancher définitivement le diagnostic et que la malade doit être observée de plus près et plus longtemps avant de déterminer la nature de la lésion dont elle est atteinte.

M. G. Thibierge. — La simulation paraît bien vraisemblable chez cette malade. La disposition régulière des lésions me paraît un argument très important en faveur de cette opinion.

Cette régularité de disposition m'a permis de découvrir la supercherie chez un malade que j'ai observé l'année dernière. Entré à l'hôpital provisoire de Clignancourt pour un simple embarras gastrique, cet homme, ayant appris que je m'intéressais particulièrement aux maladies de la peau, me montra le lendemain de son entrée une éruption de taches rouges d'apparence rubéolique disposées régulièrement en quinconces et occupant la partie antéro-externe des avant-bras d'une manière à peu près exactement symétrique. Je ne me laissai pas prendre à l'artifice du malade et je déclarai aux élèves qu'il s'agissait d'une simulation, mais j'eus soin de ne pas laisser deviner au sujet l'opinion que je m'étais faite. A la visite du soir, mon

interne ne trouva plus trace de l'éruption, qui se reproduisit le lendemain matin pour disparaître de nouveau le soir et ainsi de suite pendant plusieurs jours. Avec beaucoup de peine, je parvins à faire avouer au malade qu'il était l'auteur de son éruption, mais il ne voulut pas me dévoiler le procédé dont il se servait pour la provoquer. J'ai su après son départ qu'il avait été instruit dans cet art de simulateur par d'autres sujets qui profitent, pour obtenir l'entrée ou le séjour à l'hôpital, de la facilité avec laquelle les agents extérieurs provoquent sur leurs téguments des actions vasomotrices intenses et persistantes ; lui-même rentrait d'ailleurs nettement dans cette catégorie de sujets désignés sous les noms défectueux « d'hommes autographiques » ou « dermographiques » et comme la plupart d'entre eux offrait des stigmates hystériques.

A propos de simulation, de lésions cutanées, je citerai encore un fait bizarre que j'ai observé chez une fille publique de Lille : cette fille, pour quitter la maison de tolérance dans laquelle elle vivait, n'avait rien trouvé de mieux que de se faire à la vulve des brûlures avec une cigarette allumée ; il en était résulté une lésion ulcéreuse ayant quelque analogie avec un chancre simple, qui lui avait valu d'être retenue à la visite sanitaire ; mais, une fois admise à l'hôpital, elle s'empressa de dévoiler le subterfuge qui lui avait permis de tromper le médecin du dispensaire.

IIe Congrès International de Dermatologie et Syphiligraphie.

M. Feulard. — J'ai l'honneur de rappeler aux membres de la Société que le deuxième congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, doit avoir lieu, suivant la décision prise au congrès de Paris en 1889, à Vienne du 5 au 10 septembre de cette année.

Le comité d'organisation du congrès est ainsi composé : *président :* professeur Kaposi ; *secrétaire général*, Dr G. Riehl ; *membres du comité :* Professeur J. Neumann ; professeur E. Lang ; Dr H. von Hebra ; Dr M. Mracek, Dr Jos. Grünfed (de Vienne) ; professeur F. J. Pick; professeur V. Janowsky (de Prague) ; professeur E. Lipp (de Gratz) ; professeur A. Jarisch (d'Innspruck) ; professeur A. Rosner (de Cracovie) ; professeur E. Schwimmer (de Budapest).

Le comité d'organisation a bien voulu me faire l'honneur de me choisir comme son correspondant et j'ai accepté avec plaisir, certain que je trouverais auprès de vous le même bon accueil et le même empressement qu'en 1889.

Le succès du Congrès de Paris est encore présent à l'esprit de tous. Nombreux sont venus nos confrères de l'étranger et plus particulièrement nos confrères viennois ; j'espère donc que nombreux aussi seront les Français qui voudront aller à Vienne, ou qui, n'y pouvant aller, voudront du moins s'inscrire parmi les membres adhérents au congrès. Je suis prêt à

recevoir dès maintenant leurs adhésions pour les transmettre au Comité d'organisation.

J'ajoute qu'au Congrès doit être annexée une exposition, dans les locaux de l'Université de Vienne, comprenant la pathologie et la thérapie des maladies de la peau et syphilitiques, de même que les articles se rapportant aux branches alliées, comme littérature scientifique, dessins, photographies, reproductions plastiques (moulages, préparations d'anatomie, d'histologie et de bactériologie, microscopes et autres appareils scientifiques, tous les objets pour le traitement des maladies de peau et syphilitiques, instruments de chirurgie, objets de pansement, préparations chimiques et pharmaceutiques, etc., etc.

Je pense que pour le bon renom et la gloire de la science française nous devons tenir à honneur de présenter à Vienne l'ensemble des travaux de nos dermatologistes et syphiligraphes ; je demande donc que la Société française de dermatologie et de syphiligraphie prenne part officiellement à cette exposition et que chacun de ses membres veuille bien donner un exemplaire de ses publications qui seraient exposées, à côté de quelques-uns des moulages et des photographies de notre magnifique musée faits depuis l'année 1889.

Une proposition de M. Vidal, tendant à ce que la Société soit représentée officiellement par des délégués au Congrès international de Vienne et prenne part à l'exposition qui sera annexée à ce Congrès, est renvoyée au Bureau.

L'ordre du jour n'étant pas épuisé, la Société décide qu'une séance supplémentaire sera tenue le 28 janvier.

Ont été nommés *membres titulaires* au cours de la séance, MM. les Drs Hudelo, Barbe et Guyenot.

Le secrétaire,

Georges Thibierge.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1891

Un cas de pityriasis rubra pilaire.

M. W. Dubreuilh présente un homme de 31 ans qui, depuis 3 semaines, est atteint d'une éruption de pityriasis rubra pilaire qui a débuté par le tronc puis a envahi les membres, le cou et la face et qui s'accompagne d'une desquamation farineuse abondante ; l'éruption est particulièrement caractéristique au niveau de l'ombilic où elle est plus récente. La face dorsale des mains et des doigts est dépourvue de poils et l'éruption n'y présente rien de particulier ; les ongles sont normaux. Aux membres inférieurs, la desquamation se fait en larges lamelles minces et nacrées.

SÉANCE DU 5 MAI 1891

De l'épilation par l'électrolyse.

M. W. Dubreuilh emploie pour l'épilation une pile de Leclanché de 10 à 12 éléments, il se sert de courants de 2 à 5 milliampères et fait passer le courant pendant 10 à 30 secondes suivant le volume du poil. Comme électrodes, il se sert d'équarissoirs d'horloger, arrondis, dont il coupe la pointe et la façonne en forme de calotte hémisphérique ; il obtient ainsi des aiguilles dont le diamètre est inférieur à un dixième de millimètre ; il rejette le vernissage de l'électrode qui a l'inconvénient d'augmenter son épaisseur et n'a pas grand avantage parce que la peau est un très mauvais conducteur du courant dont l'action destructive se fait mieux dans la profondeur qu'à la surface.

Il préfère les aiguilles droites aux aiguilles courbes qui sont moins faciles à manier, ce qui est avantageux dans les régions difficiles d'accès. Comme manche, il emploie une hélice formée d'un fil de cuivre qu'on entoure de gutta-percha et d'un fil de soie ; ce manche a un centimètre de long. Il recommande de ne pas laisser les aiguilles dépasser le manche de plus de 10 à 12 millimètres, ce qui est parfaitement suffisant pour les plus gros poils et ce qui permet de se rendre compte facilement de la profondeur à laquelle l'aiguille a pénétré.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1891

Vitiligo chez les aliénés.

M. Pons considère le vitiligo comme assez rare chez les aliénés ; les pigmentations que l'on observe fréquemment chez eux ne s'accompagnent pas d'achromie correspondante et rentrent dans les éphélides et le mélasma.

Cependant il l'a vu 2 fois associé dans son évolution à des phénomènes nerveux.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme de 29 ans, imbécile par arrêt de développement du crâne qui tout à coup cesse de travailler, devient agitée de jour et de nuit, se plaint de la tête et du ventre, gémit constamment et présente des accidents vertigineux mal définis ; c'est alors qu'apparaissent en petit nombre les premières taches de vitiligo, limitées aux mains, aux pieds et au front. Trois mois plus tard, elle est atteinte d'un érysipèle, dont la convalescence est pénible et marquée par des phénomènes nerveux semblant se rattacher à une lésion temporaire de la moelle ; le vitiligo s'étend à ce moment à toute la surface cutanée ; la coloration des taches hyperchromiques est très accusée et l'aspect de la malade rappelle celui de la maladie d'Addison. Les lésions persistent avec cette intensité.

Chez la deuxième malade, une neurasthénique, âgée de 47 ans, des accès de céphalée très intense ont été suivis de modifications dans la couleur des cheveux qui sont devenus blancs à la région occipitale au moment de la puberté et sur toute la tête après une grossesse, en même temps que des taches de vitiligo apparaissaient sur les mains et le visage. Quelques années plus tard, troubles cérébraux très accusés : hallucinations, accès de sensiblerie, crises émotives et exaltation violente. Le vitiligo occupe la face et les mains ; les portions hyperchromiques ont une teinte bronzée ; les cheveux sont presque entièrement blancs, ainsi que les poils de la région pubienne.

M. Arnozan. — On doit distinguer 2 variétés de vitiligo, au point de vue de la coexistence des troubles nerveux : 1° le vitiligo partiel, nettement localisé à certaines parties du corps, dans lequel les troubles nerveux font également défaut ; 2° le vitiligo généralisé, à marche envahissante, dans lequel les phénomènes nerveux peuvent ne pas exister au début et n'exister que plus ou moins tard. C'est probablement pour ces raisons que les observations anciennes sont muettes sur les troubles nerveux qui accompagnent le vitiligo. Georges Thibierge.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES DE MONTPELLIER

séance du 24 juin 1891

Dermatose symétrique des extrémités avec kératodermie.

M. Brousse présente une femme de 32 ans, atteinte depuis 3 ans d'une affection cutanée qui reparaît chaque année au printemps pour disparaître au bout de 2 ou 3 mois. La poussée actuelle date du 15 mai ; elle a été précédée de troubles nerveux divers : vertiges, insomnie, gastralgie. La maladie débute localement par des papules rouges, variant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de millet, au niveau desquelles l'épiderme s'épaissit ensuite, se kératinise et se perfore comme à l'emporte-pièce ; puis les points perforés se fusionnent, et il en résulte des

exulcérations plus ou moins étendues, qui occupent actuellement les faces dorsale et latérales des doigts et la région palmaire au niveau de laquelle l'épiderme persistant a pris une consistance kératodermique ; aux pieds, elles occupent la face dorsale des orteils, la région plantaire et les bords des pieds. L'affection s'accompagne de démangeaisons très vives, presque intolérables la nuit ; les parties atteintes sont anesthésiées. M. Brousse, en raison des troubles nerveux qui ont précédé et qui accompagnent l'éruption et de la symétrie des lésions, est disposé à considérer comme d'origine trophoneurotique cette affection qu'il range dans les kératodermies.

M. Tédenat a observé deux cas semblables dans le service de M. Gailleton qui les désignait sous le nom de dermatite exfoliatrice sèche, et qui faisait remarquer que cette affection s'observe chez les sujets ayant les artères menues, étroites, avec tendance à l'artério-sclérose. Cette disparition se rencontre chez le malade de M. Brousse.

Georges Thibierge.

CONGRÈS DE HALLE

SECTION DE DERMATOLOGIE (1)

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1891 (SUITE) (2)

Coloration des bactéries de la couche cornée.

M. Unna emploie en général du bleu de méthylène et de borax (1 : 1 : 100 d'eau). Les meilleures méthodes de décoloration physique sont celles par le styrax, l'éther glycériné, le glycol. Parmi les méthodes chimiques on peut avoir recours à la décoloration par les sels, les acides, les corps réducteurs, les sels combinés avec H^2O^2; l'emploi de l'iode a peu de valeur. Parmi les sels, Unna recommande principalement la solution de Fowler, l'hydroxylamine et l'esprit de savon neutre officinal ; parmi les acides, l'acide acétique, l'acide oxalique, l'acide oxalique et l'acide arsénique ; des corps réducteurs, la résorcine, l'hydroquinone et l'aniline. Le quatrième groupe est représenté par H^2O^2 et des solutions de sel marin, Unna présente des coupes de comédons et des préparations par compression de squames de pityriasis du cuir chevelu traitées à l'aide de ces méthodes. Il termine en expliquant comment on peut en quelques minutes obtenir une bonne préparation de n'importe quelle affection de la peau avec coloration des bactéries et des mucédinées de la couche cornée.

M. V. Sehlen constate que l'on revient maintenant à la méthode de coloration différentielle qu'il a fait connaître il y a plusieurs années, il annonce de nouvelles expériences dans cette même direction. Elles ont principalement en vue la double coloration simultanée directe par des mélanges de colorants, sans décoloration. Le principe repose sur les affinités spécifiques de certaines couleurs d'aniline pour des tissus déterminés.

(1) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, p. 1106.

(2) V. *Annales de Dermatologie*, 1891, p. 1012, et lire : 21 septembre 1891, au lieu de 21 octobre.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1891

Favus.

M. Unna fait une communication sur le favus. Il présente des cultures entières, des coupes microscopiques colorées de ces cultures et des coupes colorées de scutules de trois espèces différentes de favus : le *favus griseus*, le *favus sulfureus tardus*, le *favus sulfureus celerior* obtenues par inoculation des cultures. La réinoculation à l'homme a donné des résultats positifs, sous la forme de larges scutules, pour le favus griseus et le favus sulfureus celerior ; le favus tardus a donné sur diverses personnes des résultats négatifs ou a déterminé l'apparition de squames parasitaires superficielles avec production passagère de scutules microscopiques au niveau des follicules pileux. Néanmoins dans ces cas, comme dans les autres, leur nature favique a été constatée par réinoculation sur un terrain artificiel de culture et de là sur des animaux. Le favus griseus détermine le plus facilement de véritables scutules sur la souris blanche et le lapin, le favus sulfureus tardus sur le cobaye, le favus sulfureus celerior sur le lapin. D'après Unna le diagnostic du favus devra s'appuyer désormais sur la présence de véritables scutules et sur le caractère souscutané et chronique de la maladie provoquée. Des phénomènes inflammatoires très aigus amènent d'ordinaire la destruction prématurée des scutules et la formation de squames et de croûtes parasitaires. Au point de vue histologique les scutules sont aussi bien caractérisées qu'au point de vue clinique par la poussée des hyphes perpendiculairement à la couche cornée. A l'intérieur des scutules on ne trouve ni cellules épidermiques ni bactéries étrangères, ces dernières se nichent dans les scutules en voie de dépérissement et peuvent en amener la destruction. Unna est convaincu qu'il y a plusieurs espèces de favus, qu'il examinera au point de vue de leur identité éventuelle.

M. Köbner demande à l'orateur combien de cas de favus lui ont servi pour ses cultures et ses inoculations et quelle est la méthode qu'il a employée pour ces dernières. Il s'étonne que l'un des champignons cultivés par Unna ait eu besoin d'une incubation de plus de trois semaines avant que son développement devînt visible sur le sujet inoculé. En 1862 et 1863 Köbner a fait des inoculations sur lui-même et sur un de ses élèves ; il a employé sa méthode épidermique, se rapprochant plus de la transmission habituelle du favus que la méthode hypodermique avec la lancette ou l'aiguille à inoculer, et la période herpétique prodromique s'est manifestée sous la forme suivante : vers le 3e jour, les premières vésicules, puis dès le 4e et le 5e jour, un cercle de vésicules qui s'agrandit continuellement, c'est cette période qui a donné lieu à l'hypothèse erronée d'Hebra, l'identité entre le favus et le trichophyton tonsurant. Depuis ces expériences les cliniciens ont reconnu qu'il s'agit là d'une période préliminaire du favus (favus herpétique).

Chez quelques personnes, l'inoculation peut avorter et s'arrêter à cette phase (Köbner, 1864). Mais habituellement on aperçoit entre le 8e et le 10e jour les premiers linéaments du scutule. Au microscope, on trouve les

hyphes dans les vésicules dès le 4e ou le 5e jour. Dans ses expériences sur les animaux, Köbner n'a pas observé cette période préliminaire, mais le scutule s'est développé d'une façon typique et a permis des réinoculations. En 1885, il a pu, dans de nouvelles expériences, observer la même période d'inoculation et le même mode de développement de cultures pures de favus obtenues par Grawitz sur des terrains solides de culture. Le botaniste Peyritsch avait constaté ces résultats en 1866. Personne n'a pu confirmer le fait avancé par Pick que le penicillium glaucum engendrerait l'herpes tonsurant ou le favus. Il est donc probable que les cultures d'Unna ayant donné lieu à une incubation aussi longue étaient impures et contenaient des champignons accidentels. Köbner demande ensuite si ces cultures permettent une classification botanique plus sûre que celle basée sur de véritables organes de fructification.

M. Unna répond que l'inoculation a été faite avec une forte aiguille de platine sur une région pilaire de la peau, en cherchant à érailler le plus possible les follicules pileux. La matière inoculée provenait de 4 cas de favus de l'homme et de 2 cas de favus des animaux ; c'est parmi ces cas que se sont trouvées les trois espèces différentes de favus. Quant aux organes de fructification, le favus griseus, cultivé sur un terrain artificiel de culture, forme des spores à court pédicule sur les hyphes aériens ; les deux autres favus n'en forment pas. Cependant le favus sulfureus tardus détermine à l'intérieur du milieu nutritif de gros renflements globulaires dont il est impossible de dire si ce sont ou non des sporanges. Les oïdies que l'on voit à l'intérieur des scutules et des poils se produisent bien tous les trois sur le terrain artificiel de culture employé par l'orateur. Il est nécessaire d'étudier encore une grande quantité d'organismes de ce genre avant de pouvoir songer à une classification systématique de ces organismes. Pour le favus sulfureus tardus, il peut y avoir méprise, car c'est précisément avec lui que les cultures pures sur un terrain artificiel de culture s'inoculent avec succès à l'homme, se réinoculent dans un milieu nutritif artificiel et reproduisent des scutules sur la souris, preuve certaine de la nature favique, même sans produire sur l'homme des scutules macroscopiques. La longue incubation a lieu chez l'homme et l'animal quand les symptômes primaires d'irritation qui se produisent vers le 3e et le 4e jour restent inaperçus. Unna propose de ne tenir compte que de l'apparition des scutules pour limiter la période d'incubation qui varie alors pour le favus entre 2 et 3 semaines.

Traitement de la trichophytie par la chrysarobine.

M. v. Sehlen lit un mémoire sur cette question. Une addition d'un pour cent d'acide salicylique et d'ichthyol a une très grande action pour arrêter le développement des cultures de trichophyton. Une plus forte concentration les arrête complètement. Les additions de chrysarobine n'exercent aucune influence. Les champignons de trichophyton des cultures à la chrysarobine se développent tout aussi bien que ceux des milieux nutritifs indifférents. Il croit par conséquent que dans la pommade composée

d'Unna à la chrysarobine les propriétés parasiticides sont dues principalement à l'acide salicylique et à l'ichthyol.

M. Eddoves a employé avec beaucoup de succès la pommade à la chrysarobine composée d'Unna dans 45 cas de trichophytie de la tête. Il attache une grande importance aux lavages minutieux des régions affectées par l'alcool, l'éther, l'esprit de savon de Hebra, etc., avant l'application de la pommade.

M. Kromayer est d'avis que l'action principale de la chrysarobine consiste à provoquer une prolifération épithéliale énergique et à faire ainsi tomber mécaniqnement les couches superficielles de l'épiderme sans donner lieu à une inflammation. Il croit également que la chrysarobine n'est pas un remède spécifique contre le champignon du trichophyton.

M. Unna tout en convenant avec M. v. Sehlen que l'ichthyol et l'acide salicytique jouent un grand rôle dans la guérison, croit que la chrysarobine a une action directe sur le développement du champignon. Avec v. Sehlen et Eddoves, il regarde comme une partie importante du traitement le lavage fréquent de la tête qui est encore plus nécessaire quand on emploie la chrysarobine seule, car les organismes de pourriture et les cocci du pus se dèveloppent au-dessous d'elle. C'est avec le chrysarobine qu'il obtient les meilleurs résultats. Il a introduit récemment une modification dans le traitement : après onction de la tête avec la pommade et l'application d'une calotte en caoutchouc, il attache cette dernière en arrière avec un large bandeau. La partie antérieure de la calotte et le bandeau sont collés sur le front. Tous les jours on détache le bandeau en arrière de la tête, on relève la calotte, on nettoie le cuir chevelu à fond et on fait une nouvelle application de pommade sans danger pour les yeux. Toutefois il reconnaît qu'il y aurait avantage si l'on pouvait abandonner la chrysarobine sans compromettre la sûreté de la cure.

M. Eddoves dit qu'Hutchinson regarde aussi la méthode d'Unna comme la meilleure.

Variétés de trichophyton.

M. Neebe lit un mémoire sur quatre espèces de trichophyton. En collaboration avec le Dr Furthmann, il a réussi à cultiver quatre espèces bien caractérisées de trichophyton. Ces auteurs ont eu à leur disposition 16 cultures pures du laboratoire d'Unna à l'aide desquelles ils ont cultivé deux espèces de champignons ; le trichophyton oidiophoron et le trichophyton eretmophoron. Une espèce n'a été observée qu'une fois à la clinique (atractophoron). Trois membres d'une famille ont présenté une espèce particulière de trichophytie (pterigoïdes).

1° Le champignon le plus fréquent serait le *trichophyton oïdiophoron*, c'est celui généralement décrit par les auteurs, il est caractérisé :

a) Dans les cultures : par la formation de duvets de champignons blancs, secs, munis d'un mycélium aérien abondant, par un développement énergique en profondeur dans les milieux nutritifs, par une coloration jaune citron, jaune blanc dans les cultures anciennes, sur la face inférieure. Dans le sérum sanguin il n'y a développement qu'en profondeur avec légère couche aérienne.

b) Au microscope : mycélium régulièrement cloisonné de 2,7 à 5,4 μ de large, avec renflements terminaux ou intermédiaires (gemmes) ronds ou ovales de 15 à 25 μ de diamètre, se produisant de préférence dans la glycérine et la gélatine additionnée d'agar avec des fruits aériens de 8 μ de long et 4 μ de large, en général pyriformes et aplatis à leur sommet, adhérents aux hyphes du fruit. Ces fruits nombreux ont leur siège sur des hyphes de fructification non ramifiés et ramifiés à angle droit. Les fruits contiennent une spore brillante de 3 μ de diamètre. Dans le moût de bière et le sérum sanguin, il y a formation de chaînes d'oïdies. Ses inoculations ont toujours donné des résultats positifs sur l'homme, le cobaye et le lapin ; il se forme des plaques chauves avec des tronçons de poils comme dans la trichophytie de l'homme.

2° *Trichophyton eretmophoron.* — Très analogue au précédent. Dans les cultures, il ne présente qu'un mycélium aérien faiblement développé et la face inférieure est d'une teinte tout au plus jaune soufre.

Au microscope : mycélium, renflement terminal et médian, hyphes de fructification et fruits aériens exactement comme le trichophyton oidiophoron.

La principale différence consiste en la formation d'un fruit de 50 à 55 μ de long, à quatre compartiments, ayant l'aspect d'une rame (ruderähnlichen), reposant sur un pédicule long, mince, cloisonné sur une faible longueur et surtout d'une grosse hyphe. Aspect clinique et résultats d'inoculation comme pour le précédent. Par suite de la formation de fruits en forme de rame, l'orateur propose le qualificatif eretmophoron (ὁ ἐρετμός, la rame).

3° *Trichophyton atractophoron.* — Il est caractérisé par un développement en foyer (Herdweisen) : il se forme un centre blanc, d'où se développent des hyphes aériens nombreux, en forme de houppe. Le champignon rayonne à la périphérie, face inférieure jaune. Au microscope, mycélium de 2,7 à 7 μ de large, nettement cloisonné, renflements médiaux, fruits aériens pyriformes, nombreux, placés à des intervalles réguliers sur des hyphes de fructification. Mais ce qui est tout à fait caractéristique c'est la formation de grands fruits de 50 à 100 μ, fusiformes, à 8 compartiments qui reposent sur un long pédicule mince à cloisons peu espacées. Entre les cloisons spores de 8 μ. Ces fruits fusiformes sont en proportion considérable. Au point de vue clinique, l'affection cutanée est caractérisée par un développement superficiel gagnant très rapidement la périphérie. L'inoculation à l'homme a toujours donné des résultats positifs.

En raison de la formation de gros fruits fusiformes caractéristiques Unna propose le nom d'atractophoron (τὸ ἄτρακτον, le fuseau).

4° *Trichophyton pterygoides.* — Développement caractéristique dans l'agar : hyphes se développant perpendiculairement au point d'inoculation et donnant à la culture un aspect penniforme. Couche aérienne blanche, délicate ; croissance très prononcée en profondeur. Face inférieure jaune rouge, gélatine liquéfiée et colorée en jaune rougeâtre. Au microscope : mycélium de 1 à 5,4 μ de large, cloisonné, nombreux renflements terminaux et médians de 4 à 20 μ de diamètre, fruits aériens minces, en très petit nombre, de 2 μ de large et 10 μ de long ; production analogue aux

renflements terminaux sur des pédicules minces renfermant une spore de 5,4 μ de diamètre.

Au point de vue clinique, cette variété du trichophyton produit des taches glabres de la peau, jamais il ne reste de tronçons de poils comme avec le trichophyton oidiophoron et le trichophyton eretmophoron, mais les poils se cassent dans le follicule pileux, Les inoculations ont toujours échoué chez l'homme. Sur le cobaye il se forme un disque glabre de la dimension d'une pièce de 2 fr. ; infiltration dure de la peau. Nulle part des tronçons de poils.

Proposition d'une nouvelle division de la peau.

M. Kromayer propose de diviser la peau en :

1° Peau parenchymateuse : épiderme et derme vasculaire.

2° Derme proprement dit.

3° Tissu conjonctif sous-cutané.

Ses motifs sont :

1° Physiologiques : la partie papillaire est le tissu conjonctif nutritif de l'épiderme. Par comparaison avec les organes parenchymateux internes, l'épiderme est le parenchyme, la partie papillaire le tissu conjonctif interstitiel. Ils ont des fonctions physiologiques communes, auxquelles le derme n'a aucune part.

2° Pathologiques : on distingue des dermatoses superficielles (intéressant l'épiderme et le derme vasculaire) et des dermatoses profondes (affectant le derme propre et le tissu conjonctif sous-cutané). Il n'existe pas de processus pathologique affectant uniquement le corps papillaire et l'épiderme.

3° Anatomiques :

Le derme propre renferme un tissu conjonctif collagène compacte entouré longitudinalement par des fibres élastiques longues et solides.	Le derme vasculaire contient des fibres délicates se croisant dans toutes les directions, entrelacées de fibres élastiques minces qui se forment au-dessous de l'épithélium, — réseau fibreux sous-épithélial d'Unna.
Le derme propre est pauvre en noyaux.	Le derme vasculaire est riche en noyaux.
Le derme propre est pauvre en vaisseaux sanguins et lymphatiques.	Le derme vasculaire est riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques.
Le derme propre est pauvre en terminaisons nerveuses.	Le derme vasculaire est riche en terminaisons nerveuses.
Le derme propre n'a pas de système vasculaire sanguin et lymphatique séparé.	Le derme vasculaire possède un système vasculaire sanguin et lymphatique séparé.
Le derme propre n'a pas de force de régénération ou n'en a qu'une faible.	Le derme vasculaire a une force de régénération très accusée.

4° Pratiques : des dénominations telles que, inflammations (eczéma, pemphigus, împétigo, etc.), hypertrophies (papillome, verrues, ichthyose), atrophies (cicatrices de grossesse), affections semblables à des inflam-

mations (psoriasis, lichen, lupus érythématode) de la peau parenchymateuse nous renseigneraient immédiatement sur le caractère anatomo-pathologique.

Dégénérescence épithéliale dans les maladies semblables à la variole.

M. Buri. Les recherches ont porté sur des efflorescences varioliques à des phases différentes et sur diverses régions du corps. Quelques-unes de ces efflorescences ont été excisées sur le vivant au début de leur évolution. Après avoir indiqué brièvement les méthodes qu'il a employées, Buri combat la manière de voir de Weigert, d'après laquelle le phénomène primitif et principal dans le processus variolique serait une nécrose, une dégénérescence diphthéroïde des épithéliums tandis que toutes les autres manifestations, suppuration, formation de cavités, prolifération cellulaire, ne seraient que secondaires et la suite de cette nécrose.

Dans les efflorescences les plus récentes, datant à peine de quelques heures, Buri n'a pu découvrir de nécrose de coagulation. Aussi se basant sur ses préparations l'orateur croit devoir attribuer la formation des cavités à une dégénérescence épithéliale de nature spéciale et qui n'est pas la même à la base de la pustule et dans les couches supérieures. Dans celles-ci, il y a des foyers de dégénérescence réticulaire. Il en représente le processus de la manière suivante : les cellules se gonflent, deviennent moins colorables, le noyau et le cuticule restent intacts. Le protoplasma se retirant un peu du noyau vers l'enveloppe, il en résulte une cavité nucléaire distincte. La cellule continue à se gonfler, le protoplasma se divise en formant une charpente fibreuse et finement granulée, les épines périphériques disparaissent complètement ou en partie, le noyau se rétracte et, comme l'hydropisie de la cellule continue à augmenter, son enveloppe mince se déchire et il y a formation de petites cavités cellulaires. La rupture successive des cloisons forme des cavités de plus en plus grandes, en largeur et en profondeur.

A la base de la pustule il y a un autre mode de dégénérescence à laquelle Unna a donné le nom de dégénérescence vésiculeuse et qu'il a retrouvé à son plus haut degré de développement dans la varicelle et le zoster. Ici les cellules se gonflent d'abord un peu, leur protoplasma devient trouble, moins colorable, tandis que les noyaux restent en général bien colorés. Puis elles se détachent de leurs voisines, seules ou par groupes de 3 ou 4. Dans d'autres préparations ces cellules se transforment par gonflement en énormes tissus tubulaires ou en forme de ballon, et dans ces ballons on trouve souvent 4, 6 ou 8 noyaux. Dans le zoster, Unna a trouvé souvent dans des tissus semblables plus de 30 noyaux.

On ne rencontre nulle part de mitoses dans ces cellules. Buri croit pouvoir attribuer aux différences d'âge des épithéliums, cette localisation séparée des deux formes de dégénérescence. Les épithéliums jeunes de la base de la pustule ont plus de tendance à l'hydropisie qu'au gonflement total du corps de la cellule, tandis que pour les épithéliums anciens des couches supérieures ou le protoplasma plus épais de la périphérie se

sépare un peu du protoplasma périnucléaire, il y a plutôt tendance à la liquéfaction partielle du protoplasma périnucléaire central.

M. Kromayer dit qu'il a observé la dégénérescence vésiculeuse décrite par l'orateur ou du moins des altérations tout à fait analogues dans le condylome acuminé et cela dans les couches épithéliales supérieures, c'est une déviation du type normal de kératinisation.

M. Unna ajoute quelques détails relatifs aux épithéliums formant des cellules colossales ampullaires qu'il a observés dans le zoster et la varicelle et qui l'ont conduit à établir cette forme de dégénérescence. Dans la variole elle n'est pas aussi accusée ; mais ce sont précisément les épithéliums atteints qui forment ce que Weigert a signalé comme constituant des amas sans noyau (nécrose de coagulation). Ils sont en réalité dégénérés, mais rarement sans noyau.

M. Köbner demande à l'orateur s'il s'est rendu compte du siège primitif de l'altération, si c'est l'épiderme ou le derme. Il a lui-même objecté dans le temps à Weigert que la longue incubation du virus variolique qui doit passer d'abord dans le sang, c'est-à-dire dans le derme vasculaire rend improbable une affection primitive de l'épiderme.

M. Buri répond que les efflorescences les plus récentes présentaient déjà de fortes altérations de l'épithélium tandis que le derme était à peine modifié d'une manière sensible.

M. v. Sehlen demande si les recherches de M. Buri ont porté sur le facteur étiologique. Il a trouvé, en effet, sur les mêmes tissus des corpuscules ayant l'aspect des amibes de Lœff. Mais il n'a pas vu de bactéries, du moins dans les parties fraîches, dont les cultures ont donné un résultat complètement négatif. Les bactéries connues des pustules varioliques n'apparaissent que plus tard.

M. Unna confirme le dire de Buri, que les altérations de l'épiderme deviennent visibles beaucoup plutôt que celles du tissu conjonctif.

Nouvelles recherches sur l'œsype.

M. Ihle lit un nouveau travail sur ce sujet, fait en collaboration avec M. Taenzer. Il recommande avant tout le suint brut dans les diverses variétés d'eczéma, principalement chez l'enfant, dans l'eczéma prurigineux, le prurigo, puis dans le sycosis coccogène, ainsi que dans les brûlures et les plaies.

En dehors de son action antiprurigineuse et curative, Ihle le recommande avant tout comme agent constituant pour les pommades et les pâtes.

Voici les formules indiquées par l'auteur (1) :

Œsype...........................	ââ 10 gr.
Huile d'olive........................	

Oxyde de zinc ou d'amidon q. s. pour faire une pâte molle.

Cette pommade est indiquée dans toutes les éruptions humides : eczéma, madidans, vésiculeux et bulleux, brûlures du 1er et du 2e degré, impétigo, eczéma impétigineux.

(1) *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1891, t. XIII

Contre le sycosis coccogène, il conseille la pâte suivante :

S.-N. de bismuth		5 gr.
Oxyde de zinc		20 gr.
Œsype	ââ q. s. pour faire une pâte molle.	
Huile d'olive		

On peut remplacer dans cette préparation le bismuth par l'acide salicylique, l'orcéine, la résorcine.

Dans les formes humides de l'eczéma des enfants, il emploie :

Huile d'olive	ââ 10 gr.
Œsype	
Amidon	20 gr. à 25 gr.

Lèpre cutanée.

M. Philipson présente des préparations microscopiques de lèpre cutanée : 1° la coupe d'une tache érythémateuse survenue d'une manière aiguë, où l'on voit des embolies capillaires constituées par des bacilles de la lèpre ; 2° une coupe de la même tache où l'on reconnaît la modification de structure subie par les bacilles en passant de la circulation sanguine dans le tissu : d'un côté les bâtonnets ont une teinte homogène, de l'autre (dans les tissus) ils présentent des granulations ; 3° une coupe d'une tache érythémateuse aiguë du même lépreux sans invasion récente de bacilles ; 4° une coupe de peau lépreuse depuis longtemps, avec des amas de bacilles dans les pores sudoripares.

A. Doyon.

20e CONGRÈS DES CHIRURGIENS ALLEMANDS

TENU A BERLIN DU 1er AU 4 AVRIL 1891 (1)

Présentation des premiers cas de lupus traités par la tuberculine.

M. W. Levy présente deux lupus traités par la tuberculine jusqu'à aujourd'hui. Chez le premier, dans les points où il était survenu dès la première injection une nécrose profonde des proliférations lupiques, la guérison n'est pas encore complète, malgré un traitement prolongé. Par contre sur les bords des larges cicatrices là où au début le remède avait agi bien moins énergiquement, toutes les nodosités lupiques ont actuellement disparu.

Trois mois après le commencement du traitement des foyers se sont développés dans le premier métacarpien et dans le bord externe du pied droit.

(1) *Beilage zum Centralblatt für Chirurgie*, 1891, p. 55 et suiv.

Chez le second malade l'amélioration rapide survenue au début s'arrêta bientôt. En 158 jours on a fait 36 injections, de 0,01 à 0,27 centigr. La quantité totale qui a été injectée est de 4,60. L'état de la malade est actuellement presque le même qu'au mois de novembre de l'année précédente, malgré ces doses élevées.

Présentation d'un malade atteint de lupus très étendu, amélioré par la tuberculine.

M. Leser présente un malade qu'il traite depuis environ trois ans pour un lupus ulcéré de la joue gauche, de l'oreille et du cou. En janvier 1891, il lui injecta graduellemeni en 9 fois 10 milligr. et demi de tuberculíne. Réaction locale extraordinairement forte, par contre réaction générale modérée. Sous l'influence de ce traitement, il est survenu à la place de l'ulcère lupique un tissu cicatriciel uniforme, légèrement rouge. En présence de ce résultat, Leser annonça un cas de guérison par les injections de tuberculine.

Mais lorsqu'il revit ce malade deux jours avant l'ouverture du congrès, l'auteur constata, notamment sur la joue, une rougeur inflammatoire suspecte et dans les tissus de la peau quelques nodosités.

L'auteur termine en disant : « Ce cas prouve donc que jusqu'à présent la tuberculine n'a pas, il est vrai, amené une guérison définitive du lupus, mais qu'elle constitue un remède inappréciable dans la lutte contre les processus tuberculeux. »

M. v. Bergmann dit qu'il a présenté aussi en décembre un lupique comme guéri, mais que, en continuant le traitement avec la tuberculine, il s'est produit une récidive.

Présentation d'un malade atteint de lupus traité par la tuberculine et moitié par le raclage.

M. Rotter a fait dans l'espace de 3 mois, 18 injections de tuberculine à un malade porteur d'un vaste lupus de la région fessière. Quatre semaines après le début de ce traitement une moitié des surfaces lupiques qui s'était très favorablement modifiée en apparence, mais présentait toujours de très nombreux nodules, fut soumise au raclage avec la curette; on laissa l'autre moitié sans y toucher. Après avoir continué les injections avec la lymphe de Koch pendant les huit semaines suivantes, on arriva finalement à ce résultat : la moitié traitée par le raclage présentait partout une cicatrice unie qui ne réagissait que très faiblement sous l'influence de la tuberculine, tandis que l'autre traitée uniquement par la méthode de Koch était envahie par d'innombrables nodules tuberculeux ; en outre, dans la dernière période elle s'ulcéra de nouveau malgré la continuation des injections.

Vaste lupus de la tempe gauche, de la joue et du cou guéri par l'extirpation et la transplantation.

M. Urban. En raison de l'incertitude de toutes les autres méthodes de traitement du lupus on a, dans ces dernières années, à la clinique chirur-

gicale de Leipzig, appliqué avec succès à un certain nombre de lupus de la face, l'excision et la transplantation d'après la méthode de Thiersch.

Dans les lupus ayant envahi profondément les tissus on enlève sans hésiter la peau lupique dans toute son épaisseur et on la remplace par une peau prise sur d'autres parties du corps. Il faut toutefois soumettre préalablement les foyers lupiques très infiltrés au traitement de Koch, qui amène la rétraction des tissus.

M. Thiersch attache une grande importance à la minceur des lamelles de peau transplantées. Si l'on opère sur des sujets jeunes, on observe un accroissement en épaisseur de la peau greffée ; ceci n'a pas lieu chez les sujets âgés.

M. Schmid a traité plusieurs lupus de la même manière qu'Urban, il confirme l'observation de Thiersch. Le lupus doit être excisé comme un cancer.

Lupus et syphilis congénitale.

M. v. Esmarch appelle l'attention sur les formes mixtes de lupus et de syphilis congénitale. Dans les cas de ce genre il faut instituer le traitement anti-syphilitique quand la réaction ne se produit plus après les injections de tuberculine.

A. Doyon.

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOUTENUES DANS LES FACULTÉS DE PROVINCE
PENDANT L'ANNÉE 1890-1891

A. BONAFOS. — Contribution à l'étude du naphtol camphré et de son emploi dans les prurits (Montpellier, 3 mars 1891, n° 18).

Le naphtol camphré a été découvert en 1888 par Desesquelle, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, qui, le premier, montra la propriété qu'ont les naphtols, comme les phénols, de se liquéfier. dans le camphre. Il se prépare en pulvérisant ensemble une partie de naphtol B et deux parties de camphre et chauffant doucement le mélange. On obtient ainsi un liquide jaunâtre, onctueux, insoluble dans l'eau, miscible aux huiles, à l'alcool, à l'éther, etc. C'est un composé peu toxique, jouissant de propriétés antiseptiques et hémostatiques (Pouillot) ; il s'emploie à l'extérieur en nature et est d'une application très facile.

L'auteur de cette thèse a, sur les indications de M. Mossé, expérimenté le napthol camphré dans le traitement des prurits. A ce propos, il présente une étude sommaire des prurits et des prurigos ainsi que du traitement qui leur est habituellement appliqué. Il rapporte ensuite dix observations de prurits d'origines diverses, dont un cas de prurit sénile et un cas de gale, dans lesquels l'emploi du naphtol camphré en frictions a donné d'excellents résultats et a fait disparaître les démangeaisons qui avaient résisté à toutes les médications primitivement employées. Il en conclut que le mélange de naphtol et de camphre, qui semble réunir les avantages du naphtol et ceux du camphre contre les prurits, paraît être préférable à l'emploi isolé de chacun de ces agents. En outre, le naphtol camphré ne semble pas avoir d'action irritante sur les voies urinaires, et ne produit sur la peau qu'une irritation locale de peu de durée.

Son emploi peut donc être particulièrement recommandé dans le traitement des prurits.

A. BROUSSE.

J. ARRIVAT. — Sur la tuberculose papillomateuse de la peau (Montpellier, 16 mai 1891, n° 34).

L'auteur, à propos d'un cas observé par lui, fait une étude d'ensemble de la tuberculose papillomateuse de la peau. Il comprend sous ce nom, à l'exemple de M. Besnier, la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, le lupus scléreux de Vidal et le tubercule anatomique, trois affections en apparence différentes, mais qui présentent ce caractère commun de se développer sous l'influence du même agent, le *bacille* tuberculeux, et de

se caractériser anatomiquement par la présence de végétations papillaires plus ou moins développées.

Dans ce travail, il réunit la plupart des observations publiées, auxquelles il joint une observation personnelle. Dans celle-ci, il s'agit d'une tumeur du menton développée sans cause connue chez un homme de soixante-cinq ans exerçant la profession de berger, et ayant présenté dans sa jeunesse des gourmes avec engorgement ganglionnaire sous-maxillaire. Cette tumeur dont l'accroissement a été rapide, et dont les dimensions sont assez considérables, se présente sous l'aspect d'une masse charnue, mamelonnée, recouverte d'une croûte brunâtre et hérissée de poils nombreux et volumineux. L'examen histologique montra qu'elle était essentiellement constituée par une hypertrophie considérable des papilles, dont la plupart étaient infiltrées de granulations tuberculeuses à divers stades d'évolution. L'examen bactériologique des coupes, négatif avec la méthode d'Ehrlich, démontra avec la fuchsine phéniquée l'existence non douteuse des bacilles de Koch mais en petit nombre.

C'est d'après ces documents, que l'auteur résume l'histoire clinique et anatomique de cette affection, et ses conclusions sont conformes aux données le plus généralement admises. Au point de vue étiologique, il admet que cette lésion est le plus souvent un produit d'inoculation locale ; c'est pour cela qu'on la rencontre surtout chez les personnes qui approchent les malades ou les cadavres, ou bien sont en rapport avec les animaux domestiques.

A. Brousse.

P. Chalançon. — Endométrite chronique et endométrite blennorrhagique ; traitement par le crayon de nitrate d'argent à demeure (Montpellier, 29 juillet 1891, n° 57).

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé la réhabilitation du traitement de l'endométrite en général et plus spécialement de l'endométrite blennorrhagique par le crayon de nitrate d'argent à demeure. C'est là une méthode, qui assurément n'est pas nouvelle, puisque c'est à Courty que l'on doit son introduction dans la pratique.

L'auteur, passant en revue les différents caustiques liquides ou solides vantés dans le traitement de l'endométrite, montre que le nitrate d'argent, tout en ayant une action caustique suffisante n'a pas les inconvénients de la plupart d'entre eux ; son action se limite exclusivement à la destruction de la partie superficielle de la muqueuse, et il ne donne jamais lieu à des accidents d'intoxication. D'autre part, la facilité d'application de cette méthode doit la faire préférer au curettage. On se sert soit du crayon pur, soit du crayon mitigé avec 1/2 ou 1/3 de nitrate de potasse.

Chalançon rapporte un grand nombre d'observations recueillies dans le service du professeur Rey, au dispensaire municipal d'Alger, desquelles il résulte que l'emploi de ce traitement donne des résultats satisfaisants. Il en conclut que c'est là une méthode qui mérite d'être recommandée, en particulier dans les blennorrhagies utérines. La seule contre-indication réside dans les lésions des annexes.

A. Brousse.

Baur. — Du traitement du lupus. Emploi des greffes dermo-épidermiques (Nancy, 1891).

L'auteur s'était proposé d'étudier la valeur des différents traitements du lupus, en particulier d'un procédé spécial imaginé par Hahn, il y a une dizaine d'années, repris par M. Vautrin, agrégé à la Faculté de Nancy.

Il consiste à pratiquer l'extirpation du lupus au bistouri et à favoriser la cicatrisation par l'emploi des greffes de Thiersch.

Au lieu de se limiter à son sujet, M. Baur a voulu faire la pathologie totale du lupus et il l'a faite d'une façon fort incomplète, ne tenant aucun compte des travaux récents. Quant à la description du procédé de Hahn, qui constituait la partie originale de sa thèse l'auteur l'a écourtée et les indications et contre-indications sont à peine formulées.

P. Spillmann.

Le Quément. — Contribution à l'étude de l'herpès récidivant (Bordeaux, 1890-1891, nº 55).

L'auteur rapproche de l'herpès récidivant progénital de Doyon l'herpès récidivant buccal et l'herpès récidivant de la peau. Ces trois localisations peuvent évoluer simultanément et par poussées chez un même malade, ainsi que le démontrent quatre observations probantes ; elles paraissent être symptomatiques d'une même entité morbide que l'on pourrait désigner sous le nom générique d'*herpès récidivant.* Les causes occasionnelles invoquées par l'auteur comme étant, dans tous les cas, le *primum movens* de cette affection ne se rencontrent pas toujours dans l'histoire pathologique des malades ; c'est ainsi que l'on peut avoir un herpès génital récidivant sans accuser une affection vénérienne antérieure, et que l'on peut être porteur d'herpès récidivant buccal sans avoir absorbé du mercure. Ce travail contient quinze observations dont deux inédites.

W. Dubreuilh.

Lacombe. — Quelques considérations sur la gale et le traitement par le naphtol (Bordeaux, 1890-1891).

L'auteur a expérimenté le naphtol B soit en poudre sur l'acare isolé soit incorporé à la vaseline à la dose de 10 0/0 sur l'animal enfermé dans son sillon.

L'acare isolé mis en contact avec du naphtol en poudre meurt en 40 minutes. Un œuf d'acare placé sur une lamelle au voisinage mais non au contact du naphtol meurt et se flétrit au bout de quelques jours.

La pommade au naphtol appliquée par une friction légère sur un certain nombre de sillons intacts a déterminé en 15 heures la mort des acares qui y étaient contenus.

Par l'expérimentation clinique, Lacombe a constaté que la pommade au naphtol irrite fort peu la peau, ne détermine pas d'albuminurie et guérit tout aussi sûrement la gale que la pommade d'Helmerich.

W. D.

Tardos. — Critique du traitement abortif de la syphilis par la cautérisation et l'excision du chancre (Bordeaux, 1890-1891).

De l'étude des observations publiées et de quelques cas observés à la consultation de M. Arnozan, l'auteur conclut que les insuccès de l'excision du chancre sont trop nombreux et les succès trop rares et trop peu probants pour qu'on puisse recommander la méthode. Dans les cas où la syphilis a été bénigne rien ne prouve que cette atténuation du virus soit le fait de l'excision. W. D.

H. Mourier. — Sur les rapports de l'eczéma et du psoriasis (Lyon, 11 janvier 1891).

Cette thèse, basée sur 6 observations recueillies dans le service de M. Augagneur, se termine par les conclusions suivantes :

L'eczéma et le psoriasis sont deux affections essentiellement différentes.

On trouve dans la science un certain nombre d'observations dans lesquelles on note la coexistence ou la succession de ces deux maladies. Dans ces cas, c'est presque toujours le psoriasis qui apparaît le dernier ; il débute par les régions qui portaient l'éruption d'eczéma.

Le psoriasis est une maladie parasitaire, due à l'action d'un agent pathogène. Ce micro-organisme qui, pour certains dermatologistes, serait un champignon, n'est pas encore connu ; mais l'observation clinique et l'expérimentation s'accordent pour démontrer la contagion et l'inoculabilité du psoriasis.

La localisation première des efflorescences de psoriasis, sur les parties auparavant eczémateuses, est le résultat d'une inoculation directe. L'eczéma, lui-même, ou les excoriations déterminées par le grattage, produisent sur la peau des solutions de continuité, qui servent de porte d'entrée au germe pathogène du psoriasis.

G. Thibierge.

P. Thévenet.— Sur la nature du lupus ulcéreux (Lyon, 13 mars 1891).

Cette thèse n'est guère que la paraphrase d'un mémoire de M. Augagneur sur le rôle des micro-organismes pyogènes dans l'ulcération du lupus.

Il rapporte 7 observations de lupus ulcéreux : dans 5 de ces cas où l'examen bactériologique fut fait au moment où la surface du lupus était ulcérée et couverte d'un exsudat purulent, on constatait la présence de microcoques (staphylococcus aureus, cereus ou albus) ; après traitement antiseptique, et disparition de la sécrétion purulente, la sérosité que l'on trouvait à la surface des lésions ne renfermait plus de microcoques ; pendant le cours du traitement, on voyait à mesure que le traitement durait plus longtemps, la vigueur des microbes et il leur fallait un temps plus considérable pour former des colonies.

Comme conclusion, il est nécessaire de recourir aux soins de propreté dans le traitement du lupus et d'empêcher les lésions suppuratives de voisinage de devenir le point de départ d'inoculations septiques.

G. T.

G. Moinet. — Etude sur la myélite syphilitique précoce (Lyon, 28 novembre 1890).

L'auteur rapporte 5 observations inédites dont une personnelle avec autopsie et examen histologique par Pierret. Dans ce fait, où la myélite débuta 6 mois après le chancre et entraîna la mort en 9 mois, les lésions consistaient en une myélite diffuse en plein stade d'évolution ; cette myélite occupait surtout, à la région dorsale moyenne, la portion corticale de la moelle ; en quelques points, on trouvait des îlots de sclérose avec quelques vaisseaux dont les parois étaient épaissies et dont la gaine lymphatique distendue contenait des cellules englobées dans un réticulum fibrillaire ; les cellules nerveuses des cornes étaient peu altérées ; il y avait une dégénération ascendante limitée dans le cordon latéral à la région cervicale.

Il conclut de ces faits que la myélite syphilitique précoce présente tous les caractères des myélites diffuses infectieuses ; ses causes sont, au dire de l'auteur, les excès vénériens, l'alcoolisme, le défaut de traitement ; ces lésions sont celles de la myélite diffuse avec lésions périvasculaires prédominantes ; le diagnostic ne peut se baser que sur les antécédents du malade, la variabilité et la diffusion des symptômes, l'amélioration produite par le traitement ; la myélite syphilitique précoce est susceptible de guérison, mais il se produit souvent un processus de sclérose ascendante ou descendante qui rend la récidive assez fréquente.

G. T.

Ch. Aune. — Essai sur les gangrènes des membres consécutives à l'artérite syphilitique (Lyon, 10 décembre 1890).

Sept observations servent de base à cette thèse : deux ont trait à des cas d'artérite sans oblitération, quatre autres, dont une personnelle, à des sujets manifestement syphilitiques atteints de gangrène des membres par artérite ; une dernière, publiée en 1883 par P. Berger, a trait à un jeune homme de 24 ans atteint de gangrène du membre inférieur gauche par artérite. Dans ce dernier cas, Berger avait attribué la gangrène à l'action du froid humide et il n'est pas fait mention d'antécédents ou d'accidents syphilitiques chez le malade ; Aune se base pour admettre l'existence de l'artérite syphilitique sur l'âge du sujet et sur la symptomatologie analogue à celle qu'il a constatée dans ses autres observations : on pourrait sans doute demander des preuves plus convaincantes avant de ranger ce cas dans le même cadre que les précédents.

L'observation personnelle de l'auteur, recueillie dans le service de Gangolphe, est des plus importantes en raison de l'examen anatomique et histologique qui l'accompagne ; la gangrène occupait la main, l'avant bras et la partie inférieure du bras chez un homme de 35 ans qui niait tout antécédent syphilitique, mais qui présenta pendant son séjour à l'hôpital, des gommes des jambes, lesquelles disparurent sous l'influence d'un traitement

ioduré ; les lésions consistaient en une endartérite oblitérante avec périartérite et prédominance de la périartérite qui existait presque seule sur les artères éloignées du point oblitéré.

L'auteur conclut de ses recherches que les artères des membres n'échappent pas à l'artérite syphilitique et que l'absence de documents anatomopathologiques sur l'artérite syphilitique des membres doit tenir à ce qu'on n'examine pas assez en détail le système circulatoire des syphilitiques, en particulier de ceux qui sont atteints d'artérite cérébrale. Au point de vue anatomo-pathologique, il admet, en se basant sur son observation et conformément à l'opinion de Heubner, que la périartérite paraît être primitive. Ces lésions peuvent déterminer des accidents de gangrène sèche à début tantôt brusque, tantôt lent. Le diagnostic d'artérite syphilitique et de gangrène par artérite syphilitique ne peut se faire que par exclusion. Le pronostic varie suivant la forme clinique : tandis que le sphacèle étendu est inévitable dans les formes brusques, les accidents peuvent rétrocéder et même disparaître dans les formes lentes sous l'influence du traitement antisyphilitique. G. T.

J. Cuilleret. — Étude sur l'épididymite syphilitique secondaire (Lyon, 26 décembre 1890).

Ce volumineux et consciencieux travail est consacré, comme le dit l'auteur, à une question absolument lyonnaise, puisque c'est à M. Dron qu'on en doit la première étude. M. Cuilleret rapporte toutes les observations jusqu'ici connues d'épididymite syphilitique secondaire et y joint la relation de treize cas inédits, ce qui fait un total de 86 observations.

Il conclut de tous ces faits que l'épididymite syphilitique isolée est une manifestation fréquente de la syphilis à sa période secondaire. En raison de sa marche, très rarement aiguë ou subaiguë et le plus souvent chronique, elle passe souvent inaperçue du malade et ne peut être découverte que par l'examen méthodique et régulier des organes des bourses chez tous les syphilitiques. Elle est spontanément régressive et paraît limitée au tissu périépididymaire ; elle n'évolue jamais vers la destruction de l'organe et laisse les fonctions génésiques intactes. D'une façon générale, elle indique une syphilis qui peut présenter des accidents ultérieurs sérieux et qui doit être traitée soigneusement. La présence d'un noyau dur, petit, ancien, localisé à la tête de l'épididyme, chez un sujet qui n'a pas d'autre raison pour avoir cet organe malade, et qui ne présente pas les manifestations contemporaines habituelles de la syphilis doit faire soupçonner chez lui l'existence de cette dernière. Par ses caractères propres, l'épididymite syphilitique secondaire se différencie nettement des épididymites dues à la tuberculose, à la blennorrhagie, aux affections des voies génito-urinaires. En raison du développement ordinaire de l'épididymite syphilitique en même temps que des manifestations occupant les organes lymphatiques, l'auteur pense qu'elle doit être considérée comme ayant son siège uniquement dans le tissu interstitiel péri-canaliculaire de l'épididyme ; mais on ne possède aucune preuve directe à l'appui de cette opinion. L'épididymite cède généralement au traitement général mercuriel seul. Dans les cas d'insuccès, l'association de l'iodure en amène la guérison avec retour à un état absolument normal. G. T.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Adénomes sébacés. — CASPARY. Ueber adenoma sebaceum (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 371).

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans. Deux ans auparavant, elle avait eu une variole grave et l'éruption dont elle est actuellemont atteinte survint 18 mois après. Le nez, les joues, le front sont envahis par des centaines d'efflorescences jaunes ou jaune rougeâtre ; sur le nez et en partie aussi sur les joues elles sont arrondies, sur le front aplaties. Nulle part ces efflorescences ne sont confluentes, sur le nez et les joues elles sont presque isolées, sur le front au contraire disposées en séries. Ces petites tumeurs avaient une surface uniforme, même à la loupe on n'apercevait pas d'ouverture à leur sommet. Leur grosseur variait de celle de la pointe d'une épingle à celle d'une lentille. Si on les piquait, il ne s'écoulait qu'un peu de sang. Sur quelques-unes de ces tumeurs, on voyait des filaments fins qui représentaient des proliférations papillaires et qui étaient de nature secondaire ; d'autres avaient à leur surface de petits vaisseaux ; on ne constatait ni télangiectasies vraies, ni phénomènes inflammatoires, ni séborrhée. Pas de cicatrices. L'éruption n'a jamais provoqué ni malaises, ni prurit.

L'examen microscopique d'un très petit fragment de peau excisé dans l'angle du nez montra dans les couches profondes du derme une accumulation tout à fait anormale de glandes sébacées, telle que l'auteur pouvait les considérer comme la cause des petites tumeurs.

Le point le plus intéressant ici était le diagnostic. Il s'agit, en effet, d'une affection très rare. Caspary appuie son opinion sur un travail de Pringle, qui avait pour point de départ une malade présentée par cet auteur en 1889 à la Société dermatologique de Londres. A cette occasion, Pringle réunit les 6 cas connus y compris le sien. Celui de Caspary serait le 7e. Dans tous ces 7 cas, il s'agit très probablement d'un même processus, avec cette seule différence que tantôt il existait aussi dans la peau des dilatations vasculaires, tantôt aussi l'éruption apparaissait de si bonne heure, qu'on pouvait la regarder comme congénitale. Dans tous les cas la face seule était envahie ou tout au plus quelques petites places du cuir chevelu et du cou.

Ces 7 cas sont-ils les seuls qui aient été observés jusqu'à ce jour ? Ne trouve-t-on rien sur ce sujet dans les traités d'anatomie et de chirurgie ? Quand Lücke prétend que l'adénome des glandes sébacées s'observe très rarement, il dit néanmoins que ces adénomes n'existeraient que comme faisant partie de tumeurs ou de certaines formes d'acné rosée. Rindfleisch cite un cas (une tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, située sur le cuir chevelu avec de nombreuses ouvertures correspondant aux orifices

des glandes sébacées hypertrophiées) qui, anatomiquement, mais à peine cliniquement, ressemble aux faits cités par Pringle et Caspary.

Caspary distingue le cas qu'il vient de rapporter de ceux décrits dans ces dernières années par Jacquet et Darier, Perry (hydradénome). Török (syringo-cyst-adénome). Philippson considère toutes ces hypertrophies des glandes sudoripares comme identiques au colloïde milium de Wagner et à la dégénérescence colloïde de Besnier. Au point de vue anatomique, il s'agirait d'épithélioma bénin lié à une dégénérescence colloïde et développé aux dépens de germes épithéliaux embryonnaires de la peau. Caspary n'a pas d'opinion personnelle sur ce jugement radical, l'affection qu'il décrit échappe à cette appréciation. Il termine en disant que, au début, croyant se trouver en présence d'un cas non décrit, il avait donné à cette affection le nom de stéatadénome ; mais, que depuis qu'il a eu connaissance du mémoire de Balzer, il se range à la démonstration proposée par cet auteur d'adénome sébacé.

A. Doyon.

Angiokératome.— V. Mibelli. L'angiocheratoma. (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle.* Juin et septembre 1891, p. 159 et 260.)

Mibelli reproduit dans ce travail tous les cas jusqu'ici connus de l'affection à laquelle il a donné le nom d'angiokératome (voir *Annales de Dermatologie*, 1890, p. 341). Quatre cas avaient été publiés sous des noms différents : 1 par Dubreuilh sous le nom de verrues télangiectasiques, 3 par C. Fox sous celui de lymphangiectasie des mains et des pieds. Aux faits précédents et à celui déjà publié par lui, il ajoute le résumé d'un cas observé par Pringle, des observations inédites de Bertarelli et de Barduzzi et de nouveaux cas personnels, ce qui porte à 15 le nombre total des observations de cette affection.

L'angiokératome a pour siège exclusif les mains et plus rarement les pieds ; il occupe plus particulièrement la face dorsale des doigts et est caractérisé à son état de complet développement par la présence de petites tumeurs verruqueuses et de petites taches rouges ayant l'apparence d'angiectasies, disséminées sans ordre ou par groupes de 2 ou 3. Les tumeurs ont une grande ressemblance avec les verrues vulgaires ; elles forment en général des saillies solides de la largeur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis ou un peu plus larges, les plus petites de forme conoïde, les plus grosses plutôt globuleuses et irrégulières et bien délimitées ; leur couleur varie du gris jaunâtre au gris de plomb ou presque violacé ; leur surface est plutôt irrégulière, sèche et inégale et on aperçoit par transparence un fin pointillé de coloration rouge purpurique ou rouge cuivré ou presque noir. Parmi ces taches, les unes ont les dimensionss d'une pointe d'épingle, les plus larges ne dépassent pas 2 à 3 millimètres de diamètre ; elles sont planes, mais les plus larges présentent un léger relief à leur centre ; leur coloration est rouge, d'apparence angiectasique, plus accentuée au centre qu'à la périphérie ; leur surface est plus ou moins sèche et rugueuse, d'apparence kératosique, et on y voit très manifestement une fine ponctuation purpurine ou rouge cuivre particulièrement apparente à la

loupe. La compression fait pâlir les lésions, surtout dans la forme papuleuse. Il n'y a ordinairement pas d'altérations des téguments des mains, en dehors des lésions d'angiokératome.

La maladie ne donne lieu à aucun phénomène subjectif, général ou local. Les sujets atteints se plaignent souvent d'une sensation de froid aux pieds. Les lésions débutent dans les premières années de la vie, puis augmentent très lentement d'étendue et atteignent leur maximum à l'adolescence.

On peut observer plusieurs exemples de cette maladie dans une même famille. Tous les sujets qui en sont atteints ont et ont toujours eu aux mains et aux pieds des engelures plus ou moins accusées.

Les lésions anatomiques fondamentales siègent dans les parties papillaire et sous-papillaire du derme, et consistent dans la présence de cavités étendues, de larges canaux et de lacunes de formes variées, séparées les unes des autres par une mince couche de tissu connectif. Toutes ces cavités sont remplies de globules sanguins et sont en connexion avec des capillaires sanguins dilatés; elles donnent, dans leur ensemble et à première vue, l'aspect d'un tissu angiomateux (hématangiome). Ces lésions dermiques entraînent des modifications dans la structure de l'épiderme, qui est aminci au niveau des espaces interpapillaires, séparant les papilles occupées par les vaisseaux dilatés et est très développé dans les intervalles de ces papilles où la couche cornée très épaissie lui donne la structure d'un kératome correspondant à l'aspect clinique d'une verrue dure.

Ces lésions présentent une grande analogie avec celles que Török décrit dans le lymphangiome capillaire variqueux. Seulement, pour ce qui est des altérations épidermiques, l'hyperplasie porte dans le lymphangiome sur la couche de Malpighi et non sur la couche cornée ; quant aux lésions profondes, si elles offrent une ressemblance morphologique considérable dans les deux cas, elles diffèrent par la nature des vaisseaux atteints, qui sont les lymphatiques dans le lymphangiome et les vaisseaux sanguins dans l'angiokératome, de sorte qu'ils renferment du sang dans ce dernier cas et de la lymphe coagulée dans le premier et que la forme des cellules endothéliales diffère dans les deux cas. Dans le lymphangiome, certaines cavités renferment du sang et cette affection, tout en intéressant principalement les vaisseaux lymphatiques, atteint également à un certain degré les vaisseaux sanguins; il est probable que, dans l'angiokératome, les voies lymphatiques sont aussi intéressées dans le processus, car on trouve des espaces lymphatiques vides ou remplis de globules de sang, et de plus quelques-unes des véritables cavités angioectasiques renferment un contenu granuleux ayant tout l'aspect de la lymphe coagulée ; il y a donc encore, sous ce rapport, analogie entre les deux lésions.

La production des vaisseaux sanguins dans l'angiokératome résulte de : 1° la dilatation des vaisseaux sanguins préexistants; 2° la néoformation de ces vaisseaux au moyen des angioblastes et de leur dilatation ultérieure ; 3° la néoplasie lacunaire hématique, et aussi en partie lymphatique, de sorte que l'angiokératome doit être considéré comme un « lympho-hématangiome variqueux ».

Son développement nécessite une prédisposition congénitale, constituée probablement par diverses anomalies dans les conditions anatomiques de la peau. Les engelures agissent comme cause déterminante, en augmentant les désordres nutritifs et vasculaires d'une région donnée, en y déterminant des altérations lentes qui accroissent la prédisposition locale déjà existante au développement de l'angiokératome. La formation du kératome est probablement due aux modifications circulatoires, aux dilatations vasculaires et au ralentissement de la circulation; mais cette question, qui se rattache à celle de la formation des kératomes en général, est encore très obscure.

Le nom de verrues télangiectasiques n'est pas exact, car il ne s'agirait pas de verrues qui deviennent télangiectasiques, mais plutôt de lésions vasculaires qui auraient tendance à devenir secondairement verruqueuses; de plus le nom de verrue n'est pas bien choisi, parce qu'il a une signification trop restreinte; enfin la lésion vasculaire est un angiome et non une simple télangiectasie. GEORGES THIBIERGE.

Angiokératome. — I. PRINGLE. Sur l'Angiokératome (*British journ. of Dermatoloy*, juillet, août, septembre 1891).

L'auteur, à l'occasion de deux cas d'angiokératome, refait l'histoire de cette affection.

Miss A. B..., 24 ans, ouvrière en draperie, consulte le Dr Pringle à sa clinique de Middlesex hospital le 18 juillet 1889, pour des lésions siégeant aux mains et aux pieds. Cette jeune fille est brune et jouit d'une santé excellente. Elle a quatre sœurs, dont trois blondes et une brune; cette dernière a comme elle beaucoup souffert d'engelures et offre actuellement aux mains et aux pieds des lésions semblables aux siennes. C'est à l'âge de quinze ans qu'apparurent chez Miss A. B., à la fin d'une poussée d'engelures, des taches foncées aux mains et aux pieds. Jusqu'à vingt ans, elle continue à souffrir d'engelures. de moins en moins douloureuses il est vrai, mais suivies après chaque poussée de nouvelles taches s'ajoutant aux anciennes, sans que jamais aucune ne disparut. Depuis lors, la malade fut délivrée des engelures, et pourtant quelques nouvelles taches ont paru d'elles-mêmes, indépendamment de toute influence calorique.

Au moment de son premier examen, le Dr Pringle ne constate nulle part de troubles de la circulation périphérique; il n'y a ni acné rosacée, ni rougeurs de la face, ni congestions momentanées, ni chaleurs, ni gonflements, pas d'hyperidrose des extrémités. Les lésions sont symétriques, elles siègent exclusivement sur les faces dorsales et sont plus abondantes vers les premières phalanges; la main gauche est un peu plus atteinte que la droite. Les plus petits des éléments éruptifs consistent en des points roses de la dimension d'une pointe d'épingle, ne disparaissant pas à la pression. D'autres éléments plus gros, de la dimension d'une tête d'épingle, sont rose brunâtre; en tendant la peau, on fait disparaître la coloration rose périphérique, mais au centre persiste un petit point rougeâtre télangiectasique. Ces éléments sont réunis par groupes; de leur réunion, plus étroite en certains points, surtout au niveau de la première phalange de l'in-

dex, résulte un nouvel aspect des lésions, En cet endroit, en effet, les éléments réunis sont légèrement saillants et constituent comme de très petites papules où l'on continue à distinguer les nombreux points rouges décrits. L'une de ces papules est nettement saillante de deux millimètres environ et offre les dimensions d'un petit pois. Ces derniers éléments sont le siège d'un processus kératosique ; ils présentent une surface rugueuse, offrent un aspect verruqueux et sont durs au toucher. Par la piqûre,on détermine une hémorrhagie difficile à arrêter. Aux pieds, mêmes lésions symétriques mais avec des caractères plus accentués ; quelques éléments forment là de véritables tumeurs verruqueuses ; mais par un examen minutieux, on parvient à déceler aux limites de la couche cornée épaissie, ou sous cette couche même, les éléments primitifs télangiectasiques.

L'auteur rapporte ensuite une seconde observation tout à fait semblable. Il s'agit encore ici d'éléments punctiformes réunis en groupe chez une jeune fille de vingt et un ans ayant beaucoup souffert d'engelures Les lésions siègent aux mains et sont symétriques ; les pieds sont indemnes. Quelques éléments ont un aspect verruqueux. On constate sur le pavillon de l'oreille droite une plus grosse tumeur télangiectasique verruqueuse d'aspect, et il est à remarquer que les oreilles ont été précisément le siège de violentes engelures.

L'auteur rapporte in extenso les seules observations déjà publiées de cette affection qui sont de Colcott Fox, de Mibelli et de Dubreuilh. La première observation de Colcott Fox a été publiée dans les comptes rendus du service dermatologique de Westminster Hospital (année 1886) ; deux autres du même auteur parurent dans *The Illustrated medical News*, 27 juillet 1889, sous le titre, reconnu depuis comme inexact par l'auteur même, de « Lymphangiectasies des mains et des pieds chez les enfants ». L'observation de Mibelli parut dans le *Giornale Italiano delle malattie venere e della pelle*, sept. 1889, sous le nom d'Angiokeratome et fut reproduite dans le numéro 2 de l'*Atlas international des maladies rares de la peau*, en 1889.

C'est là qu'on trouve la première description histologique détaillée. Dans son observation intitulée: «Verrues télangiectasiques » Dubreuilh (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, janvier 1889), donne quelques considérations pathogéniques que l'auteur conteste en ce sens que, comme on le verra plus loin, l'élément verruqueux est absolument secondaire, la télangiectasie étant la lésion essentielle. L'auteur reconnaît un cas d'angiokératome dans le moulage 1385 du musée de l'hôpital St-Louis, étiqueté par M. Merklen « Télangiectasies consécutives à des engelures. » Malheureusement l'observation n'en n'a pas été publiée. L'auteur rappelle ensuite tout au long l'intéressante observation de M. Vidal d'un cas de télangiectasie symétrique et généralisée, acquise chez une femme de 31 ans, particulièrement névropathipue, consécutivement à des poussées d'urticaire.

Examen histologique d'une des tumeurs du pied (observation n° 1), après fixation dans l'alcool absolu, puis deux jours après dans l'alcool rectifié, et coloration par l'hématoxyline, le picro-carmin et la rubine.

A un faible grossissement,on constate que la couche papillaire du derme est infiltrée, épaissie, mais déformée, présentant une surface plane, et que l'épiderme est le siège d'une hyperkératose.

De plus, ces couches sont semées de cavités remplies de sang. A un fort grossissement on voit dans le stratum lucidum hypertrophié de larges amas d'éléidine. Le stratum granulosum est à peu près normal.

La couche malpighienne très hypertrophiée envoie par places mais rarement de longs prolongements dans le derme; elle renferme quelques espaces lacunaires irréguliers, les uns vides, les autres remplis de sang. La plupart sont tapissés d'un endothélium très net; ils ont une forme plus ou moins ovalaire à grand axe horizontal. Quelques-uns siègent à l'extrémité des papilles du derme, et ne sont pas entourés de cellules malpighiennes.

L'auteur signale comme ne concordant pas avec les descriptions de Mibelli, l'absence de larges espaces lymphatiques et de toute formation vésiculeuse dans la couche cornée, enfin la disparition des conduits sudoripares dans la couche cornée. Ces caractères histologiques viennent confirmer les données cliniques en montrant que la lésion primitive est vasculaire, et que par conséquent, il ne s'agit nullement d'une verrue à vaisseaux dilatés, d'une verrue télangiectasique comme le voudrait Dubreuilh. La dilatation vasculaire, la télangiectasie résulte des congestions répétées urticariennes.

L'auteur en discutant la pathogénie des lésions, ne peut expliquer la production kératodermique autrement que par une véritable idiosyncrasie.

Le diagnostic de cette affection n'offre de difficulté qu'avec le lymphangiome circonscrit. Il semble d'ailleurs que dans quelques observations de cette dernière affection, on ait eu affaire plutôt aux deux lésions surajoutées, qu'à un hématolymphangiokératome. Mais il n'en est presque jamais ainsi et ces deux maladies se distinguent par les caractères suivants :

a. — L'angiokératome est toujours consécutif aux engelures.

b. — La maladie se développe au commencement de l'âge adulte et n'apparaît qu'aux mains et aux pieds. Le lymphangiome circonscrit siège de préférence au tronc, au cou, aux bras, aux cuisses, à la face et se développe dans l'enfance.

c. — La piqûre donne du sang dans l'angiokératome, une sérosité incolore dans le lymphangiome.

d. — L'angiokératome, au contraire de ce qui a été observé pour le lymphangiome n'a jamais été accompagné d'œdème et d'éléphantiasis,

L'auteur a obtenu par l'électrolyse, chez sa première malade, la guérison complète, sans cicatrice, de plus de deux cents éléments télangiectasiques des mains. Il a suffi pour chaque élément du passage d'un courant de deux à trois milliampères pendant trente secondes.

Louis Wickham.

Dermatite gangreneuse. — G. T. Elliot. Dermatitis gangrænosa infantum (*Medical Record*, 16 mai 1891, p. 862).

La malade était une petite fille âgée de 19 mois, anémique et atteinte de stomatite aphteuse ; au début il y avait eu de la diarrhée. Les lésions s'étaient d'abord montrées à la vulve une semaine avant que l'auteur ne la vît, puis elles avaient gagné les faces internes des cuisses, le mont de

Vénus et les fesses; elles débutaient sous la forme de vésicules de la grosseur d'un pois, entourées d'une aréole rouge; puis elles augmentaient rapidement de volume, leur contenu devenait purulent, elles s'ombiliquaient au centre et il s'y formait une croûte. Parfois les lésions continuaient encore à s'étendre, et les plus volumineuses, qui pouvaient atteindre jusqu'à un pouce de diamètre, présentaient une croûte comme déprimée avec un bord rouge surélevé et induré. En enlevant cette croûte qui était fort adhérente, on trouvait une large perte de substance qui s'étendait jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. On donna à la petite malade de l'iodure de fer, de l'huile de foie de morue, une solution faible de bichlorure de mercure pour laver la bouche, et localement une pommade à l'ichtyol au 20e; au bout de 15 jours l'affection était guérie.

Dans cette maladie qui répond à la varicella gangrænosa d'Hutchinson, à l'ecthyma infantile gangreneux de Pineau, au pemphigus gangrænosus de Stokes, et peut-être à l'ecthyma infantile térébrant des Français, on a trouvé entre autres microbes le streptococcus pyogenes. Elle peut se développer secondairement à la varicelle, à la vaccine et à la rougeole, ou bien primitivement, comme dans le cas actuel et dans deux autres absolument identiques que l'auteur a pu observer. L. Brocq.

Lymphangiome. — Lymphangioma circumscriptum, by Georges T. Elliot (*Medical Record*, 16 mai 1891, p. 561).

Le malade est un enfant de 12 ans, fort et paraissant bien portant. Le premier vestige de la maladie avait été remarqué peu après la naissance sur la première phalange du gros orteil. A l'âge de six ans d'autres lésions se développèrent vers le milieu de la jambe, et depuis lors de nouvelles encore se sont montrées sur le tiers moyen de la cuisse. Depuis leur apparition elles ont continué à évoluer. L'enfant a été presque constamment traité tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et tout récemment encore on a essayé de détruire le tissu morbide avec le cautère actuel.

L'enfant avait le membre inférieur droit, celui qui était malade, moins gros que le gauche; les veines du côté droit étaient variqueuses. Les lésions cutanées étaient disposées fort irrégulièrement le long du trajet des vaisseaux variqueux, par groupes isolés ou agglomérés par deux ou plusieurs. Chaque groupe était composé d'élévations vésiculeuses au nombre de 15 à 30 ou plus, distinctes, profondément situées, du volume d'une tête d'épingle ordinaire. Il n'y avait pas de rougeur périphérique autour des éléments qui n'avaient pas été irrités: ils semblaient enchâssés dans la peau saine. Tout autour des groupes se voyaient quelques télangiectasies.

Le contenu de ces vésicules était transparent et légèrement jaunâtre; mais, si on les ouvrait, le liquide qui s'en échappait se teignait bientôt de sang. Lorsqu'un groupe éruptif avait subi un traumatisme quelconque, il se développait tout autour de lui des symptômes de réaction inflammatoire et le contenu des vésicules devenait sanguinolent.

Au niveau de la première phalange du gros orteil, et le long du tendon du demi-tendineux se trouvait un paquet de vaisseaux de la grosseur d'une noix, situé dans le tissu sous-cutané, et n'étant très probablement pas autre chose qu'un lymphangiome caverneux.

L'auteur a essayé contre cette affection l'électrolyse qui a paru lui donner quelques résultats, et avec laquelle il a fait disparaître un assez grand nombre de lésions, même en dehors de celles qui avaient subi l'action directe de l'aiguille ; mais il ne sait si ce résultat a été durable.

L. Brocq.

Lymphangiome. — E. de Smet et P. Bock. Contribution à l'étude du lymphangiome circonscrit (angiome kystique). (*Journal de médecine de chirurgie et de pharmacie de Bruxelles*, 20 août 1891, p. 495).

Cette note, communiquée au congrès de Berlin, a trait à un fait de pseudo-lymphangiome, d'hématangiome, lésion qui ne doit pas être confondue avec les faits de lymphangiome véritable, quoique plusieurs auteurs anglais aient évidemment commis la confusion.

Jeune fille de 14 ans, présentant depuis l'âge de 7 ans une lésion cutanée localisée au triangle sus-claviculaire gauche et caractérisée par une quinzaine d'îlots de forme irrégulière, pouvant atteindre 1 à 2 centimètres de diamètre et formés de vésicules assez saillantes, du volume d'une pointe d'aiguille à celui d'un petit plomb, ayant à première vue l'aspect de vésicules du zona ; les vésicules ont pour la plupart la coloration de la peau normale, quelques-unes ont une teinte rouge, purpurique ; leur contenu est transparent, incolore, liquide, légèrement visqueux. L'affection s'étend lentement, les îlots augmentent d'étendue et de temps à autre il s'en développe de nouveaux ; les vésicules, d'abord isolées, deviennent ensuite confluentes, on voit alors se développer entre elles quelques vaisseaux assez apparents, télangiectasiques, et parfois une ou deux vésicules se remplissent subitement de sang.

A l'examen histologique, l'épiderme est augmenté d'épaisseur par suite de l'accroissement de la couche de Malpighi, mais ses lésions sont secondaires à celles du derme. Les papilles sont volumineuses, elles renferment des alvéoles kystiques à des degrés d'évolution différents : la lésion initiale consiste en une dilatation en masse du vaisseau papillaire, dilatation qui finit par devenir telle qu'elle occupe à peu près toute la papille ; ultérieurement ces dilatations forment de véritables kystes dermiques contenant des globules blancs et rouges dégénérés et un réticulum fibrineux, les poches voisines communiquent entre elles, puis les débris de globules disparaissent, se résorbent et sont remplacés par un liquide transparent.

En résumé, il s'agit d'angiomes capillaires se transformant en kystes sanguins, puis, par altération de leur contenu, en kystes séreux ; mais le système lymphatique n'est nullement en jeu.

Les faits de ce genre, analogues à celui dont M. Besnier donne un résumé dans ses notes à la 2e édition française de Kaposi, doivent donc être séparés du lymphangiome. Un malade que nous avons présenté dernièrement à la Société de dermatologie offrait une grande analogie avec le malade de MM. de Smet et Bock, mais nous n'avons encore pu pratiquer l'examen histologique de ses lésions.

Georges Thibierge.

Œdème lymphatique chronique. — Azua. Edema linfatico cronico consecutivo a erisipelas (*Revista de Dermatologia, etc.* Madrid, 1891, p. 197.

Il s'agit d'une femme de 36 ans qui, depuis l'âge de 12 ans, est atteinte deux fois par mois environ d'érysipèle. Elle se marie à 20 ans et pendant 9 ans qu'elle reste mariée, les érysipèles, s'ils n'ont pas disparu complètement, ont du moins diminué et se sont transformés en lésions passagères constituées par de petites plaques érysipélateuses qui n'incommodaient pas sensiblement la malade. Cet amendement a donc été en rapport avec la plénitude des fonctions génitales chez cette femme et avec celle de la maternité. Une fois veuve, les érisypèles sont revenus : il y a quatre ans elle en eut un grave avec délire, fièvre et déterminations inflammatoires si intenses sur le visage, qu'au dire de la malade l'aspect était véritablement monstrueux par suite du gonflement du front et des joues. C'est de cette époque que date le début, du moins l'accroissement considérable de la lésion qu'elle présente et qui est constituée par une rougeur diffuse du visage, notamment du front et des joues. Au toucher sensation d'élasticité indurée avec état rugueux de la peau. Outre cet épaississement des téguments il y a une chaleur considérable. C'est en somme un œdème chronique avec hyperplasie des éléments conjonctifs de la peau, lésion consécutive aux altérations anatomiques que des érysipèles fréquents et intenses peuvent déterminer dans la texture anatomiqne de la peau. Paul Raymond.

Œdème circonscrit. — G. T. Elliot. Acute circonscribed œdema (*Medical record*, 16 mai 1891, p. 559).

Homme âgé de 49 ans, fort et vigoureux, ayant toujours joui d'une excellente santé. Il y a neuf mois, alternatives de diarrhée et de constipation : un mois plus tard apparition du processus morbide sur les pieds sous la forme d'une tuméfaction élastique de la grosseur d'un œuf de poule, prurigineuse par moments et qui disparut au bout de 24 heures. Depuis lors le malade eut plusieurs attaques ; parfois un pied tout entier, ou bien les mains ou les genoux se tuméfiaient rapidement, puis revenaient à leur état normal en 24 ou 36 heures. Sur les autres points du corps il se formait aussi des sortes de tuméfactions de la grosseur d'un œuf et plus ; le visage doublait de volume, les lèvres prenaient l'aspect de saucisses, etc.... La langue fut également envahie de manière à rendre la parole et la déglutition impossibles, et à deux reprises il fut presque suffoqué par l'envahissement de la gorge. Ces attaques s'accompagnaient de poussées d'urticaire vulgaire en divers points du corps. L'apparition des tuméfactions était toujours précédée d'une sensation de gêne, de prurit et de fourmillement à l'endroit qui allait être le siège de la lésion. La belladone aggravait l'éruption. Le malade était fort constipé : la suppression de l'alcool et l'emploi des laxatifs semblèrent l'améliorer un peu. L. Brocq.

Sclérodermie. — S. Lewith. Ueber den elektrischen Leitungswiderstand der Haut bei Skleroderma (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 253).

Erben, dans la clinique du professeur Kaposi, a mesuré dans deux cas de sclérodermie la résistance de transmission électrique et constata que les parties malades présentaient, par rapport aux parties normales, une diminution de résistance de transmission, que même dans les points de transition de la peau normale dans la peau sclérosée le même phénomène existait.

Lewith, dans le but de contrôler si les observations d'Erben étaient vraies dans tous les cas, a entrepris les mêmes recherches sur deux cas de sclérodermie qu'il a eu l'occasion d'observer dans la clinique du professeur J. Pick.

Dans le premier, il s'agissait d'une femme de 35 ans, faible et anémique. Sa maladie remonterait à l'année 1885, après son troisième accouchement.

Les lésions de la peau étaient localisées sur la face dorsale de la main gauche, de l'avant-bras et du dos du pied droit.

Le second cas concernait une femme de 25 ans. Les altérations sclérodermiques de la peau auraient débuté il y a deux ans sur le dos de la main droite, puis se seraient développées sur la face dorsale du pied droit.

Les premières expériences entreprises par l'auteur avaient montré que l'on n'observe pas toujours une diminution de la résistance du courant électrique du côté pathologique comparée au côté normal ainsi que Erben l'a trouvée dans ces cas. Cependant il en est quelquefois ainsi.

La méthode employée à la clinique du professeur J. Pick est la suivante : un courant d'une force donnée est conduit à travers les parties à examiner et les modifications sont notées de minute en minute. En tenant compte de ce que dans les cas que l'on compare on utilise toujours la même force de courant, si d'autre part on ramène à des intervalles de temps égaux les abaissements du courant, la diversité des résultats montre bien que les différentes parties de la peau se comportent différemment vis-à-vis du courant électrique.

On n'a pas réussi à trouver de formules déterminées pour indiquer la résistance dans la sclérodermie, l'examen a été utile en ce sens qu'il donne un point de repère pour pouvoir apprécier les causes de la variabilité de la résistance; il croit aussi pouvoir interpréter des faits que jusqu'à présent on n'avait pas pu expliquer ou expliquer imparfaitement.

Le plus ou moins de résistance dépend, comme on le sait, de l'épiderme, la variabilité de cette résistance vient de son épaisseur; la diminution tient à l'humidité due à la cataphorèse. On ne sait pas encore jusqu'à quel point il faut tenir compte de la circulation.

La diminution de résistance dépendra par conséquent de la rapidité avec laquelle surviendra la cataphorèse et cette dernière de la force du courant employé et de la nature de la peau qui permet que la pénétration du liquide se fasse plus ou moins rapidement.

Sous l'influence du courant électrique, il se produit pendant son passage

à travers le corps vivant un courant de polarisation de sens inverse. Ce courant de polarisation est dû aux électrolythes qui ne sont pas résorbés. Il s'agit de ces électrolythes qui se trouvent dans les couches les plus superficielles de l'épiderme où les conditions sont les plus défavorables en raison de leur défaut d'humidité et de leur quantité de graisse. Ce courant de polarisation augmente la résistance d'une quantité assez notable, qui peut nous faire considérer comme exagérés les chiffres donnés comme l'expression de la résistance. A. Doyon.

Tuberculine.— R. Ledermann. Zusammenfassender Bericht über die Mittheilungen betreffendes Koch'sche Heilverfahren gegen Tuberculose mit besonderer Rücksicht auf die Tuberculose der Haut (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 451).

Ce travail comprend un résumé des résultats que la méthode de Koch a fournis. C'est pour ainsi dire le dossier de la tuberculine. On y trouve en premier lieu les deux principales communications de Koch. La première qui annonçait au monde savant la découverte du remède contre la tuberculose. Dans cette communication l'auteur présentait sa lymphe comme un moyen infaillible de diagnostic et comme un remède souverain dans toutes les tuberculoses et même la tuberculose pulmonaire si cette dernière était encore à son début. Les immenses espérances autorisées par cette note ne se confirmèrent malheureusement pas, aussi Koch dans une seconde communication exposa quelle était la nature de la lymphe, comment il l'obtenait et les expériences fondamentales qui l'avaient engagé à la préconiser en therapeuthique Il nous paraît inutile de résumer ici ces deux articles que tout le monde connaît. A la suite de ces deux notes célèbres on trouve dans le travail d'ensemble que nous analysons une série de chapitres assez courts qui englobent néanmoins les nombreux travaux et essais que la découverte de Koch a suscités. Dans le premier on peut voir les résultats des essais d'analyse chimique que Hueppe et Scholl entre autres avaient faits dans le but de connaître la composition trop longtemps cachée du fameux remède. On voit aussi comment Dixon, un américain, voulut dans la suite réclamer l'honneur des premières tentatives d'utilisation des produits du bacille tuberculeux en thérapeutique. Les autres chapitres ont trait aux méthodes d'injection ; aux réactions provoquées par le médicament chez le tuberculeux, chez l'homme sain, etc., On a donné un certain développement aux résultats signalés chez les malades atteints d'affections tuberculeuses de la peau. Toutes les formes d'exanthèmes provoquées par l'injection sont relevées avec soin. Partout la source est indiquée. Les résultats bons ou mauvais sont notés avec impartialité. Le lecteur est juge et peut se prononcer en toute connaissance de cause, car ce travail est fait avec beaucoup de conscience et de précision. Nous ne pousserons donc pas l'analyse plus loin. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que ce travail, assez court en somme, contient le résumé complet et précis de tous les essais et de toutes les expériences qui ont été faites avec la tuberculine. La conclusion qui semble s'imposer à la suite de cette revision est que très certainement la lymphe de Koch a fait beaucoup de mal, ses succès ont été

rares, et en général ne se sont pas maintenus ; mais il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue expérimental il y a là des données intéressantes qui font honneur à Koch, mais qui auraient dû ne pas sortir du domaine purement scientifique. Ajoutons qu'un index bibliographique très complet annexé à cette étude permet de retrouver facilement tous les travaux qui ne sont naturellement que mentionnés dans le texte.

MAURICE DOYON.

Tuberculine dans la lèpre. — KALINDERO et V. BABÈS. Résultats obtenus par les injections de lymphe de Koch dans les différentes formes de lèpre (*Revue de médecine*, octobre 1891, p. 817).

Les auteurs relatent dans ce mémoire les observations de 11 lépreux auxquels ils ont pratiqué des injections de tuberculine. Ils concluent de l'ensemble des faits connus que la réaction générale survient ordinairement plus tardivement (24 heures, rarement 12 heures) dans la lèpre que dans la tuberculose (environ 6 heures) ; que la fièvre et les symptômes concomitants varient autant dans la lèpre que dans la tuberculose, mais durent ordinairement plus longtemps dans la lèpre ; que dans celle-ci il y a une deuxième réaction le jour suivant et souvent une autre le troisième jour après l'inoculation ; qu'il y a chez les lépreux une accumulation de l'action du remède, de sorte que, contrairement à ce qui a lieu dans la tuberculose, la répétition de l'injection produit une réaction plus forte ; que la réaction locale fait ordinairement défaut dans la lèpre, ou bien est peu prononcée après les premières inoculations et apparaît après des inoculations faites plus tard à doses un peu plus fortes ; que la réaction locale dans la lèpre est suivie d'une forte injection des parties infiltrées et des régions voisines, et, dans la lèpre tuberculeuse, de la formation lente de petites croûtes et d'une dessiccation peu prononcée des produits lépreux ; qu'on remarque dans la lèpre comme dans la tuberculose, une amélioration de l'état général et parfois un affaiblissement général. Dans la lèpre nerveuse, il peut y avoir une réaction locale consistant dans la production d'uneh yper-esthésie à la place de l'anesthésie et dans l'apparition de plaques rouges. Les différences dans le mode de réaction peuvent servir à distinguer les lésions lépreuses des lésions tuberculeuses. Dans un cas, il y a eu, à la suite de l'injection de doses assez faibles, de fortes réactions générales et une inflammation parenchymateuse suppurative de la glande sous maxillaire qui guérit lentement. Au bout de trois mois, les améliorations observées dans l'état local avaient en partie disparu, la face commençait à s'injecter et à se tuméfier et l'aphonie qui avait cessé dans deux cas avait reparu peu à peu.

Les courbes thermiques et les photographies des malades observés par Kalindero et Babès seront déposées à la bibliothèque de l'hôpital Saint-Louis.

GEORGES THIBIERGE.

Tuberculine. — P. FERRARI. La tuberculina Koch nella lebbra. (*Atti dell' Accademia Gioenia di scienze naturali di Catania*, vol. III, série 4.)

L'auteur a fait des injections de tuberculine chez 8 sujets atteints de

lèpre tuberculeuse ou mixte. Dans un cas, il n'a constaté ni réaction locale ni réaction générale. Dans les 7 autres cas, il a constaté une réaction locale d'intensité variable, durant de quelques heures à 16, 22 et même 29 jours. Il n'a obtenu aucun effet utile de ce traitement. L'existence de la réaction locale dans la lèpre comme dans la tuberculose prouve que l'action de la tuberculine est due moins à un effet spécifique qu'à la faible résistance que les tissus malades opposent à l'activité anormale provoquée par cette substance dans les échanges organiques. GEORGES THIBIERGE.

Tuberculose cutanée. Lymphangite tuberculeuse. — LEJARS. Essai sur la lymphangite tuberculeuse (Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de Verneuil, t. III, 1891, p. 190).

La lymphangite tuberculeuse est beaucoup plus rare que l'adénite de même nature : cette différence tient à ce que les ganglions sont des organes d'arrêt et des milieux tout préparés pour la colonisation bacillaire, tandis que les lymphatiques sont beaucoup plus tolérants et, pour que leur paroi soit infectée, il faut une irritation antérieure ou simultanée qui ait altéré leur structure et diminué leur résistance.

La lymphangite tuberculeuse chirurgicale peut être primitive ou secondaire. Dans le premier cas, elle succède à une inoculation cutanée (piqûres par des corps souillés de liquides tuberculeux, ulcérations ou solutions de continuité traumatiques infectées par ces mêmes liquides). Dans le second cas, elle se produit au cours des tuberculoses locales, sous-cutanées, ne dérivant pas elles-mêmes d'une insertion virulente directe (tumeurs blanches, ostéite tuberculeuse).

Elle siège le plus souvent au membre supérieur.

Les lésions anatomiques des lymphangites tuberculeuses chirurgicales sont peu connues et on ne peut guère que les supposer analogues à celles des lymphangites tuberculeuses viscérales, en particulier des lymphangites mésentériques, beaucoup mieux étudiées. Cependant on a, à plusieurs reprises (Karg, Dubreuilh Auché, Hallopeau et Goupil, etc.), constaté la présence du bacille de Koch dans le pus. Les examens histologiques de Karg, de Dubreuilh et Auché, ont fait connaître des lésions consistant en oblitération du vaisseau lymphatique par un réticulum ou des masses vitrocaséeuses, l'épaississement et l'infiltration embryonnaire de la paroi, la présence de cellules géantes et la prédominance de la périlymphangite dans la forme noueuse ou gommeuse de la lymphangite tuberculeuse. Chez un cobaye inoculé par P. Villemin, Lejars a vu partir du point inoculé une double traînée jaunâtre, moniliforme, composée de plusieurs cordons réunis en faisceau; au microscope, on voyait un amas de cellules embryonnaires correspondant au tractus lymphatique, sans qu'on puisse retrouver trace de la paroi même des vaisseaux lymphatiques ; les éléments embryonnaires se diffusaient sans ordre et s'insinuaient dans l'épaisseur des faisceaux musculaires les plus voisins.

La lymphangite tuberculeuse primitive accompagne ordinairement une lésion cutanée locale, de même nature, qui paraît la première et qui revêt le plus souvent la forme de tuberculose verruqueuse.

Une fois constituée, la lymphangite tuberculeuse peut être tronculaire ou réticulaire.

La LYMPHANGITE TRONCULAIRE peut présenter 3 formes différentes :

1° *Forme typique, polynodulaire, en série*, dans laquelle il se produit, en l'espace de 1 à 2 mois, quelquefois par poussées successives, des nodules disposés ordinairement sur le trajet des lymphatiques émanant de la lésion originelle, mais pouvant empiéter sur les territoires voisins. Ces nodules, en nombre variable, peuvent être intra-dermiques, sous-cutanés ou profonds, le plus souvent ils naissent dans l'hypoderme et ce n'est que plus tard qu'ils atteignent et perforent la peau. D'abord assez petits, du volume d'un pois, d'une noisette, ils grossissent peu à peu et peuvent atteindre le volume d'une noix, etc. De forme arrondie, ils restent souvent complètement isolés les uns des autres, mais peuvent par places occuper toute la longueur du faisceau lymphatique, présentant seulement par places des renflements nodulaires. De consistance d'abord ferme et résistante, puis ramollis et fluctuants, ils s'ouvrent en donnant issue à un pus grumeleux et laissent une ulcération arrondie et taillée à pic surmontant une petite tumeur en forme de tronc de cône, ou deviennent l'origine du développement d'une plaque de tuberculose verruqueuse ; probablement en pareil cas les nodules tuberculeux disséminés dans la peau ont pour point de départ les réseaux lymphatiques du derme. La cicatrisation se fait lentement après la fonte et l'élimination complète du tissu tuberculeux ; les cicatrices sont arrondies, violacées, minces, peu mobiles, et reproduisent la disposition en traînées des nodules ; des récidives peuvent se produire sous les cicatrices. L'adénopathie tuberculeuse peut faire défaut, quoiqu'elle soit fréquente. Dans un certain nombre de cas, l'envahissement des organes thoraciques se fait, à la suite d'une adénopathie axillaire, en débutant par le poumon et la plèvre du même côté que cette adénopathie. Parfois, il y a infection générale de l'économie et développement à distance de gommes et d'abcès froids, comme s'il se produisait une véritable tuberculisation du système lymphatique. Parfois aussi les lésions s'étendent peu, ne se développent qu'à une faible distance de l'inoculation primitive.

2° *Forme pauci-nodulaire, à distance.* La série des noyaux lymphangitiques, au lieu de dessiner la voie suivie par l'infection, est comme interrompue et les premiers nodules apparaissent à longue distance, sans être reliés au foyer d'inoculation par une succession de lésions du même genre. Dans ces cas, les lésions secondaires peuvent paraître tout d'abord isolées et on peut méconnaître pendant longtemps l'origine et les premières manifestations de l'infection. Ces faits démasquent une des voies de la propagation bacillaire et mettent en évidence l'insuffisance des moyens les plus radicaux appliqués au traitement des tuberculoses locales.

3° *Gommes et abcès froids d'origine lymphatique.* — Il est probable que, dans beaucoup de cas, les gommes scrofuleuses et les abcès froids du tissu cellulaire ne sont autres que des abcès lymphangitiques tuberculeux ; l'analogie clinique est évidente et ces faits constitueraient le terme extrême de la série des lymphangites tuberculeuses à distance. Le siège des lésions sous la peau ou dans son épaisseur même, parfois leur disposition en série qui dessine pour ainsi dire leur mode pathogénique, semblent indiquer cette origine ; mais ce n'est encore qu'une hypothèse.

La lymphangite réticulaire tuberculeuse peut être caractérisée par le développement d'un fin réseau rougeâtre de traînées légèrement saillantes au voisinage de fistules ostéopathiques. M. Lejars pense qu'on peut admettre son existence au niveau des rougeurs, des pseudo-érysipèles, des lupus érythémateux (ce dernier fait aurait besoin d'explications, car nous ne croyons pas qu'aucun auteur ait publié d'observation de lupus érythémateux *légitime* développé dans ces conditions) qui se produisent fréquemment autour des fistules ganglionnaires et ostéopathiques.

Les deux formes ordinaires de la lymphangite réticulaire sont :

1° La *forme lupique*. M. Lejars admet que les nodules lupiques développés au voisinage des ouvertures de certaines adénopathies tuberculeuses résultent de la propagation des lésions par la voie lymphatique, ce qui reste encore bien discutable ;

2° La *forme lymphangiectasique* dont le type est fourni par la belle observation de MM. Hallopeau et Goupil, à laquelle l'auteur aurait pu ajouter les faits de MM. Lailler et Besnier.

Le diagnostic de la lymphangite tuberculeuse peut se poser avec les lymphangites noueuses de la syphilis, la lymphangite cancéreuse, la maladie farcino-morveuse, certaines lymphangites noueuses observées au cours des maladies de la peau.

La lymphangite tuberculeuse doit être traitée par la destruction de la lésion originelle et des nodules secondaires ; la longue durée de la maladie livrée à elle-même, ses récidives plaident pour l'intervention opératoire, quoique les lésions puissent guérir spontanément après ouverture des abcès. Les injections iodoformées, le curage, suivi ou non de cautérisation ignée, l'extirpation, sont les moyens actifs les plus souvent mis en usage.

Ce mémoire est accompagné de plusieurs gravures représentant les lésions dans 4 cas inédits rapportés par l'auteur. GEORGES THIBIERGE.

Tuberculose cutanée. Lymphangite tuberculeuse. — PRIOLEAU. De la tuberculose cutanée et de la lymphangite tuberculeuse consécutives à la tuberculose osseuse (Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose publiées sous la direction de Verneuil, t. III, p. 116).

5 observations un peu sommaires de lésions des lymphatiques, développées à la suite de lésions tuberculeuses des os, avec fistules cutanées : dans un cas, la lymphangite était consécutive à un furoncle infecté par les linges ayant servi au pansement des lésions osseuses. Les lymphangites présentaient l'apparence moniliforme avec ramollissement gommeux de quelques nodosités qui devenaient l'origine de nouvelles ulcérations tuberculeuses. L'acide lactique a donné de bons résultats dans ces cas et a produit la guérison de la lésion cutanée et une diminution notable des lésions lymphatiques. GEORGES THIBIERGE.

Tuberculose des muqueuses. — TROISIER et MÉNETRIER. Ulcère tuberculeux des lèvres (Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose publiées sous la direction de Verneuil, t. III, p. 82).

I. — Homme de 57 ans, présentant des signes physiques de tuberculose

avancée au sommet des deux poumons, quoique les signes fonctionnels graves ne remontent qu'à quelques semaines. Quelques jours après l'entrée à l'hôpital, apparition d'un « petit bouton » à la commissure gauche des lèvres, et cinq semaines plus tard, le malade, éprouvant une sensation d'écorchure en cette région, constate la présence d'une ulcération empiétant légèrement sur les téguments de la joue, ulcération régulièrement circulaire, à bords taillés à pic, non décollés, ni surélevés, entourée d'une auréole rouge de 2 à 3 millimètres de largeur et dont le fond, un peu inégal, d'un gris rosé, présente deux ou trois granulations tuberculeuses jaunes caractéristiques ; pas de granulations semblables au pourtour ; un ganglion sous-maxillaire du volume d'un gros pois, dur, mobile, indolent. L'ulcération atteignit la dimension d'une pièce de 20 centimes ; il se développa une ulcération tuberculeuse sur la face dorsale de la langue. La recherche des bacilles de Koch dans le produit du raclage de l'ulcération labiale reste négative. Mort 3 mois après le début de celle-ci. A l'examen histologique, l'ulcération repose sur un tissu formé de faisceaux conjonctifs et de fibres musculaires striées et infiltré d'une grande quantité de cellules rondes ; ces cellules sont surtout abondantes vers la surface, agglomérées par places en nodules arrondis dont le centre se colore en jaune par le picro-carmin et dont beaucoup renferment une ou deux cellules géantes caractéristiques. On trouve des bacilles assez nombreux et généralement situés dans les nodules tuberculeux.

II. — Homme de 58 ans, tuberculeux depuis deux ans au moins, portant depuis dix-huit mois une ulcération de la lèvre inférieure ayant succédé à une piqûre. L'ulcération est superficielle sur la muqueuse et respecte absolument la face cutanée de la lèvre ; elle s'étend d'une commissure à l'autre, plonge dans le sillon gingival et couvre toute la partie postérieure de la lèvre qui est élargie, repliée en dehors, pendante et laisse sans cesse écouler de la salive ; l'érosion superficielle est rouge et facilement saignante ; on y rencontre, disséminées irrégulièrement, de petites saillies hémisphériques de 1 à 5 ou 6 millimètres de diamètre, rappelant la forme, la couleur et les dimensions des bourgeons charnus ordinaires et entourées de dépressions irrégulières ; par places, on trouve des granulations blanchâtres, enchâssées dans le tissu malade, ne s'enlevant pas par le grattage. L'ulcération est très douloureuse au moindre attouchement. Pas d'induration de la lèvre. Ganglions indemnes. L'examen histologique montre la présence de nodules tuberculeux entourés de tissu inflammatoire. L'inoculation à un cobaye donne des résultats positifs. Amélioration par les attouchements à l'acide lactique.

Les auteurs se basent sur ces deux observations et sur celles déjà connues pour tracer la description de l'ulcère tuberculeux des lèvres qui présente une grande analogie avec l'ulcération tuberculeuse de la langue et est toujours le résultat d'une auto-inoculation par les crachats tuberculeux au niveau d'une écorchure insignifiante des lèvres.

Georges Thibierge.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie. — Aubert. Étiologie des vulvites blennorrhagiques chez les petites filles (*Lyon médical*, 16 août 1891).

M. Aubert pense qu'en présence de petites filles atteintes de blennorrhagies, il faut être réservé en ce qui touche l'intervention médico-légale et l'incrimination d'attentats. Le médecin consulté doit toujours examiner avec le plus grand soin le père et la mère de l'enfant. Il y a peu de temps une fillette lui fut amenée, atteinte de vulvite; la mère fut examinée avec soin et l'on ne découvrit chez elle rien de suspect; le père paraissait également sain; mais M. Aubert le fit uriner dans un verre et constata la présence de quelques filaments granuleux. L'un de ces filaments examiné apparut farci de gonocoques. Cependant les urines étaient tout à fait claires et la blennorrhagie paternelle entièrement latente. La conclusion est qu'en pareil cas, c'est d'abord dans la famille qu'il faut chercher l'origine d'un contage dont le mécanisme peut varier à l'infini. Quant à la spécificité du gonocoque mise en doute par M. Vibert, M. Aubert considère comme n'étant pas jusqu'ici sérieusement ébranlée la valeur spécifique du microbe de Neisser. L. Perrin.

Blennorrhagie. Complications. — P. Spilmann et Haushalter. Contribution à l'étude des manifestations spinales au cours de la blennorrhagie (*Revue de médecine*, août 1891, p. 651).

Deux observations qui peuvent se résumer ainsi :

I. — Vaginite blennorrhagique chez une femme de 26 ans, enceinte de 7 mois 1/2; arthropathies des genoux, douleurs et hyperesthésie dans les membres inférieurs, atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe; eschare sacrée; persistance de l'atrophie musculaire pendant plusieurs mois.

II. — Vaginite blennorrhagique chez une femme de 29 ans, enceinte de 8 mois 1/2; arthropathies des genoux, douleurs lancinantes dans les membres inférieurs; hyperesthésie, paraplégie, atrophie musculaire, eschare sacrée, amélioration considérable.

Les auteurs rejettent l'hypothèse d'une névrite périphérique et tendent plutôt à admettre une lésion spinale, quoiqu'ils se trouvent un peu embarrassés pour l'affirmer, vu la complexité des cas et la présence des arthropathies, sur le compte desquelles on pourrait à la rigueur mettre tous les symptômes observés. Georges Thibierge.

Epididymite blennorrhagique. — Soler y Buscalla. Tratamiento de la Epididimitis blenorragica (*Revista de ciencias med. de Barcelona*, 1891, p. 449).

L'auteur passe en revue quelques-unes des médications proposées contre l'orchite et il en montre les inconvénients ; le principal est d'obliger les malades à garder le lit. Il préfère la teinture d'iode ou le coton iodé, suivant l'importance ou l'intensité de la phlegmasie. L'effet calmant de la teinture d'iode est presque immédiat ; on en badigeonnera *en conscience* la partie atteinte du scrotum ; les malades renouvellent chez eux l'opération si cela est nécessaire, et le lendemain si l'inflammation n'a pas disparu, elle est du moins atténuée au point que la douleur n'existe plus. Il faudra néanmoins continuer la teinture d'iode jusqu'à ce que la phlegmasie ait cédé. Il faut avertir les malades que l'usage du suspensoir est indispensable et que l'application du médicament ne doit pas être faite sur des parties excoriées. Les malades préfèrent l'emploi de la teinture d'iode aux sangsues, à la glace, à la solution concentrée de nitrate d'argent.

Paul Raymond.

Blennorrhagie. Traitement. — Roicki. Traitement de la blennorrhagie par l'ergotine (*Bulletin médical*, 26 août 1891).

D'après l'auteur, on obtient une guérison rapide de la blennorrhagie par le traitement suivant :

Deux injections par jour doivent être faites avec :

Ergotine.	30 centigrammes.
Eau distillée. . . .	300 grammes.

et le malade doit prendre deux à quatre pillules par jour de :

Ergotine.	2 grammes.
Ergot de seigle . .	q. s. n° 20.

L. Perrin.

Blennorrhée. — Bazy. L'uréthrite chronique est-elle contagieuse (*Bulletin médical*, n° 44, p. 527, 1891).

La plupart sinon toutes les métrites sont d'origine infectieuse ; en dehors de la tuberculose, les causes les plus fréquentes, sinon les seules de la métrite, sont la blennorrhagie, ou un avortement, ou l'accouchement.

M. Bazy rapporte des observations de vaginite et de métrite survenues chez des femmes dont le mari avait une petite goutte matutinale intermittente et en apparence indifférente. Il en conclut que l'uréthrite postérieure sous forme de goutte militaire, de suintement, peut-être même sous forme d'uréthrite postérieure seule et sûrement sous forme d'uréthrite postérieure avec petites poussées intermittentes du côté de l'urèthre antérieure, peut être contagieuse.

Il croit pourtant qu'une uréthrite chronique soigneusement traitée, qui,

malgré cela, donne encore des filaments dans l'urine est devenue indifférente. Mais dans ces cas, la première partie de l'urine émise n'est pas trouble ; elle contient seulement en suspension des filaments très ténus, très courts contrairement aux longs filaments et au trouble de l'urine de l'uréthrite postérieure. Dans ces conditions, ces sujets ne paraissent plus aptes à donner la blennorrhagie. En effet, il est impossible de trouver dans les débris épithiliaux entourés par le mucus et dans le premier jet d'urine les agents pathogènes de la blennorrhagie et bien souvent d'y retrouver un micro-organisme infectieux ; il est de même impossible de les cultiver.

Dans les cas, au contraire, de goutte matutinale avec longs filaments, état trouble du premier jet, les malades doivent être traités par les instillations, car la contagion est toujours à craindre. La blennorrhagie peut rester vaginale et être ignorée, mais quand elle s'étend, à l'urèthre, à l'utérus et surtout aux trompes, elle donne lieu à des phénomènes douloureux dont la gravité est aujourd'hui bien connue. L. Perrin.

Blennorrhée. — Lavaux. Blennorrhée et mariage (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 28, p. 432, 1891).

M. Lavaux attire l'attention dans ce travail sur les accidents infectieux (vaginite, métrite, inflammation des annexes et des tissus péri-utérins) qui peuvent survenir chez les femmes pendant les premiers temps du mariage, le mari étant atteint de la blennorrhée. Les accidents infectieux que l'on observe du côté de l'utérus et de ses annexes peuvent se produire à la suite de vaginite aiguë. D'autres fois la vaginite manque, la métrite est la première affection et plus tard les annexes et les tissus péri-utérins peuvent s'enflammer. Dans ces cas, après une grossesse arrivée à terme, après un accouchement normal, et des suites de couches heureuses, les rapports sexuels ayant été repris, la malade est atteinte de métrite suivie, selon qu'elle a été traitée ou non, d'inflammation des annexes. Chez d'autres femmes, il y a eu grossesse aussi, mais l'utérus a expulsé au bout de quelques semaines le produit de la conception, l'avortement a passé inaperçu et la métrite est souvent négligée jusqu'au jour où l'inflammation franchit les limites de l'utérus. Dans ces deux cas l'utérus qui avait résisté comme le vagin à l'inoculation, se trouvant dans des conditions favorables à l'infection, a été infecté par la blennorrhée du mari. On doit donc défendre le mariage aux jeunes gens atteints de blennorrhée avant la guérison de leur affection ou tout au moins avant qu'ils ne présentent plus que la forme légère et bénigne qu'il est parfois difficile et même impossible à faire disparaître. L. Perrin.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Réinfection syphilitique. — GLASCOW PATTESON. A case of second infection with syphilis (*The Brit. journ. of Derm.*, septembre 1891, p. 286).

L'auteur publie l'observation suivante comme contribution à l'histoire de la réinfection syphilitique.

Il s'agit d'un homme âgé de 27 ans, dont la première atteinte de syphilis date de l'année 1883 ; l'affection a été diagnostiquée et traitée par un chirurgien éminent de Dublin. Malgré le caractère de gravité de l'infection, les lésions ont disparu après une année de soins, par l'effet de pilules et de frictions mercurielles. Dès lors le malade ne suivit plus le moindre traitement, et pendant les cinq années suivantes, malgré les conseils de prudence qui lui furent donnés, il mena une existence de débauche qui lui valut 4 à 5 blennorrhagies et deux pleuro-pneumonies graves. Ce n'est qu'au printemps de l'année 1889, sans qu'aucun accident secondaire tardif ou tertiaire se soit jamais produit, qu'est apparue la lésion qui marque, d'après l'auteur, le début de la seconde infection syphilitique. Or cette lésion n'est point un chancre. Voici le fait :

Se trouvant mêlé à une rixe dans un cabaret, le malade fut assez grièvement mordu (on ne dit pas à quel endroit) pour être conduit à l'hôpital ; peu après son entrée, un gonflement indolore se forma lentement dans l'aine, puis se ramollit et suppura. Alors apparurent quelques taches rouges sur les deux avant-bras et au-devant de la poitrine. On ne put constater de chancre. Le malade convaincu d'être de nouveau repris par son ancienne syphilis, prit une fois sorti de l'hôpital, de son propre chef, de l'iodure de potassium. Ce traitemeut n'amena aucun résultat et les lésions ayant augmenté, le malade se présenta chez le Dr Patteson.

A ce moment, l'éruption, consistant en de larges éléments symétriques, roses ou cuivrés, du type papulo-squameux, et présentant, dit l'auteur, tous les caractères d'une « roséole » syphilitique secondaire, recouvrait la totalité du tronc, mais surtout les deux côtés de la poitrine, les avant-bras et les régions supéro-externes des cuisses. Les amygdales étaient le siège d'ulcérations assez profondes. Nulle part on ne découvrait de traces de chancre, ni d'engorgement ganglionnaire. Le Dr Patteson ordonna un traitement mercuriel, qui vint rapidement à bout de ces lésions.

Nous ne pouvons nous associer à l'opinion de l'auteur qui considère l'ensemble de ces faits comme un exemple *très certain* de réinfection syphilitique. D'après lui, l'absence de toute constatation de chancre n'a pas une grande importance, et le bubon « *suppuré* » serait en rapport direct avec la lésion initiale ignorée.

LOUIS WICKHAM.

Réinfection syphilitique. — E. Feibes. Ein Fall von syphilitischer Reinfection (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, p. 988).

Il y a 8 mois l'auteur fut consulté par un jeune homme de 23 ans qui jusque-là n'avait jamais eu d'affection vénérienne. Il y a 4 semaines ce malade remarqua que ses cheveux tombaient assez abondamment, ce qu'il attribua à de la céphalalgie dont il souffrait presque constamment et depuis assez longtemps. Dans le sillon coronaire, à gauche, ulcère superficiel de la dimension d'un pois, à bords tranchés et à fond rouge granuleux, la base a une dureté cartilagineuse typique. Sur le pénis deux plaies de la même étendue qui suppurent abondamment et sont recouvertes de croûtes peu adhérentes. Deux plaques arrondies, semblables, mais plus grandes sur la face interne de la cuisse gauche. Le chancre existe depuis environ 6 à 8 semaines, les autres plaies sont survenues il y a à peu près 10 jours. Ganglions inguinaux engorgés et peu douloureux. Sur le thorax, roséole, principalement sur le dos. Plaques opalines sur les deux amygdales ainsi que sur les bords de la langue. Roséole syphilitique, ecthyma, plaques muqueuses, et alopécie. Comme traitement, injections de salicylate de mercure, iodoforme sur les ulcérations. Après la fin de cette cure qui dura 50 jours tous les symptômes avaient disparu, toutefois l'auteur recommanda au malade de faire au bout de 3 mois une autre cure légère.

Après 10 semaines il revit ce malade qui présentait des plaques muqueuses sur les deux amygdales. Le traitement consista en 6 injections de 0,1 de salicylate de mercure.

Depuis la fin de cette deuxième cure il a traité ce malade il y a environ 6 mois d'une blennorrhagie. A ce moment il lui proposa une nouvelle cure mercurielle que ce dernier ne fit pas, par contre il prit 2 gr. d'iodure de potassium par jour.

Ce malade a de nouveau consulté l'auteur il y a 4 semaines, depuis environ il a 15 jours sur le côté gauche du fourreau un ulcère, tumeur de la région inguinale du même côté laquelle augmente graduellement. Cet ulcère a un fond rouge, sécrète peu et est dur à la pression. La tumeur indolente de l'aine gauche a l'aspect d'un bubon syphilitique, mais non typique. Sur le cuir chevelu quelques croûtelles disséminées, les amygdales sont enflammées, mais ne présentent pas de modifications.

Il s'agit pour l'auteur d'un cas suffisamment clair de réinfection.

Pour nous il ne s'agit que du chancre de Fournier dont l'apparition à cette période d'une syphilide ecthymateuse, n'a rien que de fort naturel. D'autre part, plaques muqueuses continuant la série des accidents secondaires.

A. Doyon.

Pleurésie syphilitique. — Talamon. Pleurésie syphilitique (*La médecine moderne*, 17 septembre 1891, p. 668).

Talamon a observé deux cas de pleurésie à la période secondaire de la syphilis. Dans le premier cas, un jeune homme de 23 ans, atteint de chancre de la verge depuis 1 mois, est pris d'une pleurésie à marche aiguë, avec égophonie et matité occupant la moitié de la plèvre droite, pleurésie

qui évolue rapidement et ne laisse plus, 12 jours après son début, que des frottements à la base droite; en même temps, plaques muqueuses de la gorge, du scrotum et de l'anus. Dans le deuxième cas, une femme de 24 ans, ayant la syphilis depuis 7 mois, et atteinte d'ictère (syphilitique ?) depuis 3 semaines, de lésions des amygdales et du cuir chevelu, avait une pleurésie avec matité dans le tiers inferieur du poumon droit ; au bout de 8 jours de traitement par le sirop de Gibert, il ne restait plus que des frottements et de l'obscurité respiratoire.

Talamon rapproche ces deux cas de ceux observés par Chantemesse et Vidal, et fait remarquer que la pleurésie dite a frigore, de laquelle on a déjà retranché les pleurésies tuberculeuses, doit encore être démembrée au profit de la syphilis. Les observations sont encore en trop petit nombre pour qu'on puisse tracer l'histoire clinique de la pleurésie syphilitique, dont on ne peut reconnaître la nature que grâce aux lésions syphilitiques concomitantes. Il y a lieu seulement de constater que la tendance de ces pleurésies à la résolution semble peu marquée, que l'exsudat inflammatoire semble plutôt tendre à l'organisation conjonctive, à la formation du tissu fibreux, comme en témoigne la persistance de la submatité et de l'obscurité respiratoire dans les parties affectées et peut-être ces reliquats de pleurésie peuvent-ils expliquer pour une part les cicatrices et les épaississements scléreux de la plèvre qu'on trouve fréquemment à l'autopsie des poumons syphilitiques.

Talamon rapporte ensuite 2 cas de pleurésie survenue à la période tertiaire de la syphilis sans lésion concomitante appréciable du parenchyme pulmonaire. La première de ces observations concerne une femme de 41 ans, présentant des lésions syphilitiques de la langue et du palais et des traces de lésions antérieures du tibia droit, atteinte de pleurésie gauche avec épanchement abondant (une ponction permit d'évacuer un litre et demi de liquide séreux) ; la malade sortit au bout de quelques jours sans qu'on ait pu suivre la marche de son affection pleurale, à laquelle il était impossible de trouver une autre cause que la syphilis. La deuxième observation a trait à un homme de 40 ans, ayant eu un chancre induré 16 ans auparavant et des gommes osseuses multiples 2 ans avant d'être atteint d'une pleurésie gauche avec épanchement ; une gomme de la région sternale évolua pendant le cours de la pleurésie qui fut ponctionnée (200 grammes de liquide séreux), et laissa persister, trois mois après son début, de la matité et de l'obscurité du murmure vésiculaire sans frottements.

Pour Talamon, on peut admettre dans ces deux cas l'influence de la syphilis sur le développement de la pleurésie.

De ces faits divers et inégalement démonstratifs, l'auteur conclut que la syphilis peut, à la période secondaire comme à une époque plus tardive, déterminer une inflammation aiguë de la plèvre, au même titre qu'elle provoque des inflammations analogues de diverses autres séreuses. Des faits plus nombreux et plus probants seraient nécessaires pour établir d'une façon définitive cette étiologie des pleurésies, contre laquelle on ne peut élever aucune objection théorique et qui paraît au contraire des plus vraisemblables.

Georges Thibierge.

Pleurésie d'origine syphilitique. — A. Chantemesse. Pleurésie du stade roséolique de la syphilis (*Bulletin médical*, n° 66, p. 791, 1891).

M. Chantemesse étudie seulement les pleurésies qui surviennent pendant les premières phases de l'infection syphilitique ; il croit qu'elles sont assez fréquentes ; il en a observé deux cas qu'il a déjà publiés en avril 1890, il en rapporte dans ce travail trois nouveaux faits qu'il a observés à Lourcine.

Voici les caractères de ces pleurésies. Elles surviennent pendant le cours du stade roséolique de la syphilis, elles débutent à la fin du second mois ou pendant le troisième mois qui suit l'apparition du chancre ; elles se montrent sans cause appréciable autre que la syphilis récente. Elles s'annoncent par un point de côté, une légère douleur qui va peu à peu en s'exagérant et qui s'accompagne de fièvre à exaspérations vespérales, capable d'atteindre et de dépasser le chiffre de 40°. Leur marche est d'ordinaire rapide, elles évoluent en quelques jours et disparaissent sans laisser de traces perceptibles à l'auscultation. Quelquefois elles peuvent provoquer un épanchement abondant et laisser lors de leur passage des signes stéthoscopiques durables ; on constate souvent en pareil cas l'existence d'une lésion pulmonaire syphilitique concomitante.

La pleurésie du stade roséolique de la syphilis traduit sur la plèvre l'éruption de syphilides analogues à celles des éruptions cutanées. Elle se distingue nettement par sa cause, ses symptômes, son allure de toutes les autres inflammations pleurales. La cause principale du silence des auteurs à son sujet tient à ce que l'on considère les syphilitiques à la période secondaire souffrant de fièvre, de toux, de douleurs, comme atteints d'infection syphilitique fébrile.

Les douleurs thoraciques sont confondues parmi toutes les autres douleurs ; on pense à des myalgies, à des périostites, à des névralgies intercostales et l'auscultation de la poitrine n'est pas toujours pratiquée.

Loin de suspendre le traitement mercuriel, quand on constate à la période secondaire de la syphilis l'existence d'une pleurésie, on doit l'instituer d'une manière intense. M. Chantemesse recommande des injections sous-cutanées quotidiennes faites avec dix gouttes de la solution hydrargyrique renfermant pour 10 grammes d'eau stérilisée, 10 centigrammes de sublimé, 20 centigrammes de chlorure de sodium et 5 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne. L. Perrin.

Syphilis héréditaire en Italie. — L. Concetti. Della sifilide ereditaria nei brefotrofi considerata in rapporto alla nuova legge sulla polizi a sanitaria dei costumi (*La Riforma medica*, 12 novembre 1891, p. 397).

Contrairement à l'opinion émise par Titamanlio et, en se basant sur les statistiques d'un grand nombre d'hospices d'enfants, Concetti est arrivé à cette conclusion que les nouvelles lois sanitaires italiennes n'ont pas augmenté la fréquence et la gravité de la syphilis héréditaire chez les enfants trouvés. Georges Thibierge.

Syphilis héréditaire. — A. Chauffard. Syphilis héréditaire à forme spléno-hépatique (*Semaine médicale*, n° 33, 1891, p. 265).

La syphilis du foie chez le nouveau-né ne ressemble en rien à l'hépatite hérédo-syphilitique tardive, laquelle est identique dans ses lésions comme dans ses symptômes à l'hépatite de la syphilis acquise de l'adulte. La réaction viscérale diffère parce que le mode d'infection n'est pas le même. Dans la syphilis congénitale par contagion intra-utérine ou par infection post-conceptionnelle, le sang contaminé au contact des villosités du placenta maternel arrive au fœtus par la veine ombilicale, et sauf ce qui en passe par le canal veineux d'Aranzi, il traverse directement la glande hépatique. Le foie fœtal ainsi situé sur la grande route de l'infection sanguine devient un des réactifs les plus sûrs de la syphilis congénitale. Aucun de ses départements ne reste indemne, la lésion est uniforme et diffusé, en général partout du même âge.

M. Chauffard rapporte un cas remarquable de cette forme d'hépatite syphilitique du nouveau-né. La mère de cet enfant avait contracté la syphilis au quatrième mois de sa grossesse ; sous l'influence du traitement, les syphilides disparurent assez rapidement et elle accoucha à terme d'un enfant sain en apparence. Tout alla bien pendant cinq semaines, mais vers cette époque, l'infection du nouveau-né devint évidente sous forme de syphilides cutanées et muqueuses. Malgré la disparition de celles-ci, l'enfant prit l'aspect cachectique, le ventre devint volumineux, le foie et la rate étaient énormes, uniformément hypertrophiés, d'une dureté ligneuse.

L'enfant fut soumis au traitement mixte (0,25 d'iodure de potassium et une friction de 2 à 3 grammes d'onguent napolitain par jour). Pendant cinq mois, ce traitement fut suivi avec quelques interruptions, mais admirablement supporté, si bien que l'enfant consomma ainsi la quantité énorme d'au moins 300 grammes d'onguent mercuriel double, soit 150 grammes de mercure métallique. Grâce à cette mercurialisation à outrance, l'enfant revint à la santé ; le foie et la rate retrocédèrent peu à peu, le réseau veineux collatéral de l'abdomen disparut ainsi que l'ascite.

L. Perrin.

Pseudo-paralysie syphilitique. — J. Comby. Curabilité de la pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés (maladie de Parrot). (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* oct. 1891, p. 433)

Parrot qui a donné l'histoire complète de la pseudo-paralysie syphilitique, regardait la maladie comme incurable ; M. Comby, après avoir rappelé les nombreux cas de guérison publiés dans ces dernières années, en rapporte cinq nouveaux cas. Il résulte de ces observations que le pronostic dépend des conditions étrangères à la localisation spéciale qui constitue la maladie de Parrot. Il dépend du milieu où l'enfant est soigné, de l'état général du sujet, de la coïncidence ou de l'absence des lésions viscérales, de la promptitude ou du retard apportés au traitement spécifique ; il dépend enfin de la sagacité du médecin traitant. Si la cause de la maladie est reconnue, la guérison est presque certaine ; la question du

diagnostic a donc une importance capitale. M. Comby en indique les éléments. Il s'impose si l'enfant présente en même temps que la paralysie les stigmates cutanés et muqueux de la syphilis héréditaire ; si ceux-ci font défaut, si l'enfant paraît indemne, la syphilis doit être dépistée d'après les seuls caractères de la pseudo-paralysie.

L. Perrin.

Syphilis héréditaire tardive. — Beausoleil. Syphilis héréditaire tardive, gomme de la bande ventriculaire droite, sténose glottique, ulcération pharyngienne (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1891, nº 5, p. 257).



Garçon de 10 ans, atteint, il y a 7 mois, d'un enrouement et de douleurs de gorge avec dysphagie qui persistèrent pendant 15 jours et pris depuis 2 mois d'enrouement avec toux rauque, quinteuse, très pénible, respiration difficile et plusieurs accès de suffocation. Respiration très gênée, cornage surtout prononcé pendant l'inspiration, aphonie complète, déglutition douloureuse, mais n'empêchant pas le malade de se nourrir, bien qu'il ait beaucoup maigri depuis quelque temps ; ganglions cervicaux des deux côtés et adénopathie sous-maxillaire très accusée. Sur la paroi postérieure du pharynx, en arrière du pilier postérieur droit, ulcération large comme une pièce de 50 centimes, superficielle et légèrement bourgeonnante sur ses bords. Rougeur diffuse de tout le vestibule du larynx et de la base de l'épiglotte ; tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques ; gonflement considérable de la bande ventriculaire droite qui forme une saillie globuleuse rouge obstruant une partie de l'orifice glottique ; tuméfaction de la portion droite de la région interaryténoïdienne et ulcération sur la face interne de l'aryténoïde droit. Après trois ou quatre jours d'un traitement spécifique énergique, les symptômes alarmants disparaissent ; au bout de 14 jours, l'ulcération pharyngienne est complètement cicatrisée, et il ne reste plus que le gonflement de la bande ventriculaire gauche, la voix est en partie revenue, le cornage et la gêne de la respiration ont beaucoup diminué ; 25 jours après le début du traitement, la voix a repris son timbre normal, la respiration se fait bien, il ne reste plus que des lésions insignifiantes de la muqueuse laryngée.

Malgré l'absence de toute trace de syphilis chez la mère et les renseignements peu précis recueillis sur le père, dont il sait seulement qu'il était souvent enroué et sujet à de violentes douleurs de tête, et qu'il est mort à 39 ans, d'une méningite (?), l'auteur pense que ces lésions indubitablement syphilitiques, — ainsi qu'en témoignaient leur aspect caractéristique, leur marche progressive, la coexistence de lésions laryngées et pharyngées et le résultat du traitement spécifique,— doivent être considérées comme d'origine hérédo-syphilitique. Il est seulement à regretter que cette dernière proposition ne soit pas appuyée sur une enquête familiale plus probante.

Georges Thibierge.

Syphilis héréditaire tardive. — J. SABRAZÈS. Un cas de syphilis héréditaire tardive (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1891, n° 5, p. 284).

Jeune fille de 23 ans ; le père, atteint de syphilis 5 ans avant son mariage, avait infecté sa femme qui avait eu ensuite 2 avortements à 6 mois. La malade a eu dans son enfance des lésions croûteuses du cuir chevelu, mais pas d'éruptions cutanées. A 12 ans, à la suite d'un coup sur le tibia droit, douleurs et exostoses multiples sur cet os, puis sur le tibia gauche ; à 13 ans, hémoptysie abondante avec sueurs nocturnes et toux assez rebelle, quelques céphalées nocturnes sans production d'exostoses crâniennes ; à 14 ans 1/2, de petits « abcès » deviennent l'origine d'ulcérations sur les deux jambes. La malade est petite, maigre, grêle, paraît avoir de 16 à 17 ans ; teint mat, pas d'asymétrie ni d'exostoses crâniennes, légère microcéphalie, intelligence médiocre, a appris très tard et très difficilement à lire ; strabisme interne de l'œil droit, pas de lésions de l'iris ou de la cornée ; ouïe normale ; pas de déformation nasale ; bonne dentition, sauf une échancrure en demi-lune au bord libre de la 1re incisive supérieure gauche et deux minimes cupules sur la face antérieure des incisives inférieures. Sur chaque jambe, une dizaine d'ulcérations rouges ou grisâtres, de forme très irrégulière, à contours géographiques, à bords résistants coupés en talus, mesurant de 5 à 6 centimètres dans leur plus grande dimension et laissant entre eux quelques intervalles de peau cicatricielle. Exostoses des deux tibias. Les jambes ont une forme grossièrement cylindrique. Après un traitement au sirop de Gibert, tendance à la guérison, qui se produit lentement mais complètement et qui laisse des cicatrices irrégulières suivant les anfractuosités de la surface osseuse.

GEORGES THIBIERGE.

REVUE DES LIVRES

Pathologie und Therapie der syphilis, par le professeur Moriz Kaposi, 1 vol. gr. in-8° de 496 p. avec 11 gravures sur bois imprimées dans le texte, et 2 planches en couleur. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1891.

Ce nouveau traité de la syphilis est dû au savant et sympathique professeur de dermatologie de Vienne, dont nous avons récemment, M. le Dr Ernest Besnier et moi, traduit et annoté les *Leçons sur les maladies de la peau.*

Le Dr Kaposi travaillait depuis longtemps à cette œuvre, car une première livraison avait déjà paru en 1881; seuls d'autres travaux, d'autres devoirs l'avaient empêché de la continuer.

La dermatologie et la syphiligraphie ont des rapports tellement étroits que tout dermatologiste doit être doublé d'un syphiligraphe et réciproquement. Les syphilides notamment ne sont-elles pas essentiellement des dermatoses? Leur classification même n'est-elle pas du domaine exclusif de la dermatologie? Elles sont, il est vrai, nées et entretenues par un virus spécial, justiciable d'une médication spécifique. Mais est-ce que ces conditions s'appliquent aux seules syphilides? Il ne nous serait pas difficile de démontrer le contraire.

Le nouvel ouvrage du professeur Kaposi est divisé en deux parties principales : syphilis acquise, syphilis héréditaire.

Ces deux sections sont précédées d'un chapitre assez court, — 33 pages, — qui est en réalité la partie maîtresse de l'œuvre, tout au moins celle qui en fait la caractéristique, c'est l'exposé de la doctrine actuelle de l'*unitéisme*, telle du moins que l'entend l'auteur.

Voici d'abord les articles de foi de ce nouveau *credo*.

1° Le chancre mou — avec ou sans bubon suppuré, — se termine, règle générale, comme une maladie locale, sans accidents généraux.

2° Ce même chancre, avec ou sans bubon suppuré, est assez souvent suivi de syphilis générale.

3° Le chancre mou commence comme tel, s'indure ensuite et est suivi de syphilis générale.

4° Le chancre dur débute dans la plupart des cas comme un chancre mou (comme pustule sans incubation) ; l'induration ne se développe que dans l'intervalle de deux à trois semaines, même parfois du troisième au cinquième jour. Ce chancre est en général suivi de syphilis générale.

5° Le chancre présente une induration typique qui, dans quelques cas très rares, mais bien constatés, n'est pas suivie de syphilis générale.

6° Si la sclérose typique est enlevée assez tôt par excision ou par tout autre moyen, dans un assez grand nombre de cas mais non toujours, l'infection générale manque.

7° Des chancres mous (folliculaires) et des pustules peuvent se transformer *in situ* en papules caractéristiques. Celles-ci augmentent pendant quelque temps par auto-inoculation, comme le chancre lui-même, comme une affection locale. Après une évolution de 6 semaines à 3 mois la roséole apparaît comme une manifestation de la syphilis générale, ainsi que la série antérieure des symptômes syphilitiques généraux.

8° Plusieurs scléroses primaires peuvent apparaître simultanément sur le même sujet, ou bien se développent l'une après l'autre.

9° La sécrétion purulente obtenue de nodules et de papules de Hunter, qui suppuraient abondamment soit spontanément, soit à la suite d'irritation artificielle (séton, poudres irritantes et emplâtres), a produit par inoculation des chancres inoculables en générations, donc correspondaient sous ce rapport à des chancres mous (Wallace, Köbner, Pick, Lee, Bidenkap, Michaelis, Hübbenet, etc.).

10° La réinoculation d'un chancre mou ainsi obtenue, chancre de Clerc (par inoculation d'une sclérose au porteur ou sur un autre sujet syphilitique), sur un sujet sain n'a, dans quelques cas, pas eu pour conséquence la syphilis constitutionnelle.

11° Les inoculations artificielles de sécrétion des produits syphilitiques secondaires (Wallace, Waller, Bidenkap, Rinecker, etc.), ou de sang syphilitique (Waller, Pellizari, Lindwurm, etc.) ont montré que, dans ces cas, l'affection primaire ne se développe pas le plus souvent sous forme d'un chancre, ni sous celle d'une induration huntérienne, mais bien d'une nodosité semblable à une papule à laquelle manquent les prétendus caractères d'une sclérose.

12° L'expérience clinique enseigne également que dans des cas innombrables la syphilis générale peut procéder directement de condylomes larges, sans sclérose, ou sous l'aspect de chancre comme accident initial.

13° En outre, la syphilis générale est très souvent consécutive à des affections primaires qui ne correspondent ni aux caractères d'un chancre mou typique, ni d'un chancre dur typique, ni d'une sclérose, ni d'une papule, mais d'un ulcère phagédénique ou dipthéritique ou même d'une simple érosion (chancre ambustiforme, érosion chancreuse, Bassereau). De telle sorte que la phrase cardinale des dualistes, toute syphilis a un chancre induré ou une sclérose, ou une papule comme forme initiale, est aussi réfutée par ce point.

14° Enfin, il y a encore des cas bien constatés de syphilis acquise sans aucune trace d'affection primaire, attendu qu'au lieu et place de la contagion on ne trouve, ni ulcère ni papule, *syphilis d'emblée*.

Ces quelques articles qu'on pourrait qualifier de credo Ricordo-Kaposien réclament, dans les Annales, un examen attentif. Ils le réclament vu l'importance du sujet, vu surtout la juste réputation du spécialiste viennois dont l'autorité pourrait imprimer aux solides assises sur lesquelles repose aujourd'hui la systématisation syphiligraphique, un ébranlement aussi préjudiciable à la science qu'aux malades.

Des deux maladies auxquelles s'applique ce credo ancien et moderne, l'une affecte l'organisme tout entier, l'autre un point seulement du tégument. Et à cette distinction capitale répondent des différences cliniques fondamentales, non moins tranchées.

Et d'abord chacune de ces maladies n'est engendrée que par son propre virus ; ni dans les contacts intimes on ne voit, ni par la lancette on n'a pu montrer l'une produite par l'autre.

Ainsi, la première, la constitutionnelle, incube seule, est seule inabortible et irréinoculable.

Ainsi chacune se propage au prochain ganglion lymphatique dans sa nature et sous sa forme distinctes.

Seulement... toutes deux donnent lieu à une lésion tégumentaire sécrétante, à un ulcère, ce qui fatalement depuis l'origine a suffi pour les faire confondre sous le nom générique de *chancre.*

Mais en dehors de ce trait commun, mais commun en apparence, combien sont nombreuses les différences.

D'abord dans l'un des cas, cette lésion tégumentaire, cet ulcère est toute la maladie, dans l'autre cas, il n'en est guère que l'exorde.

Comme attributs objectifs appartenant à la lésion initiale de la syphilis et n'appartenant qu'à elle, nous rappellerons son indolence, le peu d'abondance et la qualité de sa sécrétion, le creusement *comme à l'évidoir* de l'érosion qui la constitue, la couleur fauve de son fond, la dureté! Eh bien, croirait-on que c'est sur ce seul signe, c'est-à-dire sur l'appréciation essentiellement variable de doigts inégalement exercés que tout une école, sacrifiant de parti pris les différences *pathologiques* aux différences *séméiologiques*, se fonde pour fusionner deux entités morbides que tout sépare.

Quant aux questions pratiques sur lesquelles on est toujours d'accord avec un homme d'expérience, nous n'avons que des éloges à adresser à l'auteur.

Dans l'exposé des différentes manifestations de la syphilis, notamment en ce qui concerne les syphilides, Kaposi les a décrites avec cette méthode, cette clarté et cette précision, ses qualités dominantes, auxquelles il a habitué les lecteurs de son traité de dermatologie. Quant au traitement, tous les procédés employés actuellement sont indiqués avec le plus grand soin et avec un luxe de détails qui font de son nouvel ouvrage un livre précieux pour les savants et qui ne peut manquer d'être recherché par les praticiens.

A. Doyon.

Clémenceau de la Loquerie. — **La pelade.** Broch. in-8° de 54 pages. Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 1891.

Ce travail, récompensé par l'Académie de médecine à la suite du concours ouvert en 1890, est un résumé consciencieux de la question de la pelade. L'auteur se contente d'exposer les théories en présence et évite presque toujours de prendre parti. Il admet comme possible la contagion de la pelade, mais se garde de se prononcer sur la possibilité du diagnostic des alopécies en aire dues à la contagion avec celles produites par un trouble nerveux.

Georges Thibierge.

A. Rossi. — **Lo stato attuale della dermatologia.** 1 vol. in-8° de 250 pages. Naples, 1891.

Ce volume est un résumé clair et complet, malgré sa concision voulue, des notions actuellement acquises sur les dermatoses. L'auteur a mis à profit pour sa rédaction ses recherches personnelles sur l'histologie pathologique d'un grand nombre de lésions cutanées, ce qui donne à la partie anatomo-pathologique de son exposé une précision particulière. La littérature étrangère a été mise à contribution par lui pour la rédaction de cet ouvrage, mais en plus d'un point il a quelque peu négligé les auteurs français au profit des auteurs allemands ; ainsi nous n'avons trouvé aucune mention des recherches de MM. Cornil et Leloir sur le lupus, de celles de MM. Balzer et Chambard sur le xanthélasma, et il n'est pas question du pityriasis rubra pilaire de Devergie-Richaud-Besnier. Ce n'est, d'ailleurs, pas partialité de la part de l'auteur, car dans d'autres chapitres et en particulier à propos des dermatoses d'origine nerveuse il rend pleine justice aux travaux français. Georges Thibierge.

L. Pellegrini. — **Il primo triennio della sezione dermo-sifilopatica della Poliambulanza medico-chirurgica di Bergamo.** Broch. in-8°. Bergame, 1891.

Cette brochure renferme le compte rendu du service de Pellegrini pendant les trois premières années de son existence (2 février 1888-31 décembre 1890), période pendant laquelle il a observé plus de 2,000 malades, dont 750 atteints d'affections cutanées et 1,280 atteints d'affections vénériennes. Quoique les nouveaux règlements sur la prostitution aient été appliqués peu avant cette période, l'auteur ne se croit pas en droit de tirer de son expérience des déductions sur l'efficacité ou l'inefficacité de ces règlements.

Dans la partie qui a trait aux affections vénériennes, nous relèverons seulement le grand crédit que l'auteur accorde aux injections de calomel dans le traitement de la syphilis récente ou ancienne.

L'auteur rapporte quelques observations intéressantes de lésions cutanées : 1° une observation de *xeroderma pigmentosum* chez une fillette de 9 ans dont la sœur jumelle, morte à l'âge de 2 ans, avait été atteinte de la même maladie, ainsi qu'une sœur morte à l'âge de 12 ans, tandis que deux autres sœurs étaient indemnes de cette maladie ; une tumeur avait envahi l'œil et nécessité son énucléation ; 2° une observation d'*acné chéloïdienne* de la nuque ; 3° une *chéloïde* cicatricielle du thorax consécutive à des frictions d'huile de croton ; 4° une observation de *neuro-fibromes multiples* avec dyschromie (nævi pigmentaires) ; 5° une observation d'*hydroa bulleuse* récidivante (érythème hydroïque). Georges Thibierge.

A. Minuti. — **Sul lichen rosso**. *Pubblicazioni del R. Istituto di studi superiori pratici e di perfezionamento in Firenze* Broch. in-8° de 34 pages avec 3 planches. Florence, 1891.

Cet intéressant travail est la seule monographie sur le lichen publiée en Italie depuis plusieurs années. La pénurie de la littérature italienne sur ce sujet tient à la rareté du lichen dans la péninsule, rareté telle que dans l'espace de deux ans l'auteur n'en a observé qu'un cas dans le service du professeur Pietro Pellizzari et qu'il n'a pas trouvé d'autre observation dans les archives du service.

Se basant sur le fait observé par lui, dans lequel il a constaté simultanément la présence de papules planes et de papules acuminées, il admet l'identité du lichen ruber de Hebra-Kaposi et du lichen plan de Wilson. Il pense que la marche différente de la maladie et la gravité considérable des faits de Hebra-Kaposi comparées à la bénignité relative du type décrit par Wilson ne suffisent pas à autoriser leur séparation. Les conditions de race et de pays qui influent sur la fréquence de la maladie peuvent également influer sur ses caractères et la forme de ses lésions. Aussi confond-il dans une même description, sous le nom de lichen ruber, le lichen ruber acuminatus de Hebra et le lichen plan de Wilson. Au point de vue de la nature de la maladie, Minuti pense qu'elle est due à un trouble nerveux et n'a, pas plus que Köbner, Boeck, Geber, etc., rencontré les bactéries que Lassar a décrites.

Il résume les caractères cliniques et les lésions constatées par les auteurs qui ont fait une étude anatomo-pathologique du lichen ruber acuminatus et du lichen plan, et pense que les divergences entre leurs descriptions tiennent à ce qu'ils ont examiné des éléments parvenus à des périodes très différentes de leur développement.

L'examen histologique pratiqué dans le cas observé par Minuti a révélé des lésions primitivement dermiques avec retentissement sur l'épiderme qui était épaissi, non par suite d'une multiplication de ses cellules, mais par suite d'une augmentation de leur volume; l'infiltration de ces cellules embryonnaires était surtout prononcée autour des vaisseaux sanguins, mais il n'y avait aucune relation entre cette infiltration et les appareils glandulaires ou les follicules pileux. Georges Thibierge.

Azua. — **La linfa de Koch en dermatologia** (*tuberculose et lèpre*). Madrid, 1891.

L'auteur relate les expériences qu'il a faites avec la lymphe de Koch sur différents malades atteints de tuberculose cutanée et de lupus. Cette partie de son travail n'ajoute pas grand'chose à ce que nous savons déjà. A noter cependant, l'heureuse influence de la tuberculine sur l'infiltration des parties malades dans le lupus. Les autres résultats sont à peu près négatifs. L'auteur a essayé le traitement sur quatre lépreux à diverses périodes de la maladie. A la dose de un milligramme il a vu survenir des réactions générales et locales. Les premières ont été un peu diffé-

rentes de celles que l'on observait chez les tuberculeux : il y avait prédominance des phénomènes nerveux ; manifestations douloureuses, fourmillements, crampes notamment. Quant aux secondes, elles étaient plus faibles que chez les lupiques mais elles existaient. La fièvre était plus forte que chez les tuberculeux, avec tendance marquée au type intermittent. La tuberculine n'a amené aucun résultat quant à la marche de la lèpre qu'elle paraissait presque accélérer, mais les malades reconnaissaient qu'avant l'injection ils souffraient de douleurs, d'insomnie, de malaise malgré la morphine et les différents calmants, tandis que dès la première injection tous ces phénomènes disparaissaient. Il ne s'agissait pas là de suggestion et il est certain que soit par action sur le tissu nerveux, soit par suite de modifications des tubercules ou par toute autre action restée inconnue, il est certain que chez ces lépreux, sans que l'on observât la moindre amélioration, il y avait de grands changements subjectifs dans l'état des malades.

Il est certain que dans une maladie où la morphine avait échoué il faut considérer comme une véritable acquisition d'avoir trouvé ce calmant, quelle que soit d'ailleurs l'influence nuisible qu'il semble exercer sur la marche de la maladie.

Voici pour les lépreux, les résultats obtenus que l'auteur consigne dans un tableau. Chez le premier lépreux les lésions ne sont pas modifiées. A chaque injection et lorsque l'effet de cette dernière a disparu, grande amélioration subjective avec disparition des douleurs : mêmes résultats chez un deuxième sujet. Chez un troisième, le résultat est évidemment préjudiciable au malade. Les douleurs ont cependant diminué après l'injection. Chez le quatrième malade il y a une amélioration subjective notable : les lésions spécifiques restent stationnaires, mais l'état du malade est pire.

Paul Raymond.

D. E. Jacobson.— **Dementia paretica hos Koinden. En klinisk œtiologish Studie.**, 361, p., VIII. Copenhague, 1891. Paralysie générale chez la femme, étude clinique-étiologique.

Le travail très étudié de l'auteur est basé sur 116 observations de paralysie générale (ou comme l'auteur préfère l'appeler : Démence parétique) chez la femme, tous les cas, qui ont été observés de 1863-89 à l'asile de St-Jean (St Hans Hospital) des aliénés, établissement qui ne reçoit que les aliénés de la ville de Copenhague.

Pour ranger ses observations, il se sert de la classification de *Christian* et *Ritti* et obtient le résultat suivant :

A. — *Forme chronique :*

1° Forme démente, représentée par 60 cas = 52,2 0/0 .

2° Forme agitée ou maniaque (classsique typique) : 45 cas = 39,1 0/0.

3° Forme mélancolique ou dépressive : 6 cas.

4° Forme circulaire ou alternante (folie à double forme paralytique : 1 à 2 cas.

5° Forme spinale ou ascendante : 2 cas.

B. — *Forme aiguë :* 0 cas.

Le nombre total des femmes aliénées traitées pendant le même laps de

temps est de 2,718; le nombre de femmes parétiques va en croissant et s'est augmenté dans les deux derniers lustres de 28,4 0/0.

La forme démente est la plus fréquente.

La durée moyenne, calculée pour 64 des 93 malades qui ont succombé, est de 2,8 ans. Les cas, qui débutent à l'âge le plus avancé, sont ceux qui durent le plus longtemps.

On n'a pas observé une seule guérison.

De 1863-1889, on a traité :

2,178 femmes aliénées, dont 116 = 4,3 0/0 parétiques.

2,611 hommes aliénés, dont 495 = 18,9 0/0 parétiques.

La proportion réelle est donc, qu'il y a une femme parétique pour 4,4 hommes.

La raison principale de cette fréquence inégale de la paralysie générale chez les deux sexes, l'auteur la cherche dans la fréquence aussi inégale de la syphilis chez l'homme et chez la femme et non pas dans une disposition psychique inégale.

Or, la paralysie de la femme attaque bien rarement les classes aisées de la société (18 0/0 des malades de l'auteur étaient ou avaient été filles publiques), tandis que la paralysie chez l'homme attaque les classes moyennes et supérieures.

La paralysie des femmes se manifeste comme chez l'homme à l'âge de 30-50 ans, mais en moyenne, un peu plus tard que chez l'homme.

Les recherches de l'auteur sur la progéniture des femmes parétiques sont également très intéressantes; la polyléthatité retrouvée indique aussi la syphilis comme cause principale de la paralysie générale.

90 des 116 étaient ou avaient été mariées. Dans 72 de ces cas l'auteur connaît le sort de la progéniture.

19 femmes = 26 0/0 restaient stériles.

20 femmes avaient eu des fausses couches et des enfants mort-nés = 28 0/0.

15 femmes avaient accouché 60 fois ; sur ces accouchements on trouve 21 enfants morts dans la plus tendre enfance ; 4 fausses couches ; 6 enfants décédés plus tard ; 24 enfants vivants ; 5 sans renseignements sur leur sort. Aucun renseignement sur la progéniture de 8 femmes ; on sait seulement qu'elles ont accouché.

La syphilis antécédente a été constatée par l'auteur dans ses observations :

Avec une certitude absolue dans 39 cas = 33,6 0/0.

Avec une grande vraisemblance dans 13 cas = 11,2 0/0.

(5 de ces cas me paraissent pourtant un peu douteux.)

Avec probabilité dans 12 0/0 (7 de ces cas sont très hypothétiques).

Il faut remarquer ici que la syphilis a été signalée ici, en Danemark, dont les petites proportions sont si favorables à l'investigation des antécédents des malades, il y a bien longtemps, par *Steenberg* et *Jespersen* comme cause prédominante, presque déterminante, de la paralysie générale.

27 malades étaient alcooliques (dont 11 syphilitiques certaines, et 3 vraisemblables). L'hérédité joue un rôle inférieur au point de vue de l'étiologie ; elle ne fait que diriger la syphilis contre le cerveau. Tous les autres facteurs étiologiques ne sont qu'occasionnels.

Il est regrettable, que l'auteur ait laissé de côté la question de l'influence d'un traitement mercuriel antécédent.

Les recherches de *Fournier*, *Haslund*, *Neisser*, etc., nous ont montré, que la syphilis tertiaire naît d'une syphilis secondaire non traitée ou incomplètement traitée.

Si l'on parcourt les renseignements sur le traitement mercuriel antécédent, que fournit le travail de l'auteur, on ne trouve aucun renseignement dans 4 cas ; 15 cas ont été soumis à un traitement unique, 2 cas à un traitement suffisant, 1 cas doit son origine à un chancre extragénital, 6 cas n'ont jamais été traités.

Parmi les cas notés par l'auteur comme syphilitiques vraisemblables, selon toute probabilité, aucun n'a été traité au mercure. Ed. Ehlers.

Hertwig. — **Ueber physiologische grundlage der Tuberculinwirkung. Eine Theorie der wirkungsweise bacillarer Stoffwechselproducte.** Broch. in-8°, Jena. 1891, chez O. Fischer.

L'auteur dans cet article a abordé un des chapitres les plus intéressants de la pathologie. A propos du remède de Koch il étudie d'une manière générale les maladies virulentes dans leur essence même et aborde les questions si discutées de nos jours de l'immunité et de la vaccination. Ses vues sont très originales et la lecture de ces quelques pages s'imposent à tous ceux qui s'intéressent à ces questions tout à l'ordre du jour.

Tout d'abord le professeur Hertwig ne souscrit pas sans réserves à la condamnation qui a frappé Robert Koch. Sans doute Koch s'est trompé. Sa tuberculine est loin d'être une panacée dans tous les cas de tuberculoses ; elle peut même être dangereuse et provoquer de nouvelles poussées, aggraver la maladie, amener la mort. Il n'en reste pas moins vrai qu'au point de vue scientifique la découverte de la tuberculine constitue un pas en avant, un fait dont il est possible de déduire des réflexions du plus grand intérêt. L'auteur ne partage pas néanmoins, même au point de vue théorique, toutes les idées de Koch. Il admet la valeur « scientifique », si l'on peut s'exprimer ainsi, de la tuberculine ; mais il ne croit pas à l'action « nécrotique » de cette substance, telle que l'indique Koch. Il cherche ailleurs l'explication de l'action en général indéniable de ce remède. A ce propos il rappelle les travaux de Stahl, Pfeffer, Leber, Massart et Bordet, Steinhaus, Gabritschevsky. De ces travaux est sortie la conception de la « *Chemotaxie* » ou « *Chemotropismus* ». Il s'agit là tout simplement d'un mot qui indique l'action de substances chimiques sur des cellules mobiles, telles que des globules blancs ou des organismes inférieurs. Suivant le sens dans lequel s'exerce cette action — les organismes se rapprochent-ils du point d'où provient la substance chimique, ou s'en éloignent-ils — le chémotaxis est dit positif ou négatif. Or on sait que les microbes sécrètent des produits qui peuvent jouer le rôle de ces substances chimiques. Le rôle important est dévolu à ces produits, les produits solubles dont il est tant question à l'heure actuelle. Ces produits provoquent des modifications importantes dont les globules blancs sont surtout le siège. Différentes hypothèses sont alors possibles. Le chemotropismus est positif ou négatif. Suivant les cas les leucocytes sont alors rassemblés, groupés, la maladie se localise alors et peut guérir ; dans d'autres circonstances la maladie

reçoit comme un coup de fouet, se généralise. Tout cela dépend d'une foule de circonstances ; l'action du virus varie suivant la dose qui pénètre dans le sang : suivant les quantités respectives de poison chimique et de tissu malade dans la tuberculose par exemple.

Il nous est impossible dans un si court espace de donner un fidèle résumé des idées du professeur Hertwig. Comme nous le disions au début sa conception de l'action de la tuberculine et par extension de tous les produits solubles des microbes (la tuberculine est un produit du bacille de la tuberculose) est très originale. Ces produits, suivant la dose, suivant certaines circonstances, suivant l'action qu'ils exercent sur les globules blancs pourraient en définitive expliquer des guérisons et des aggravations, des généralisations. L'auteur cite avec beaucoup de conscience tous les travaux français, ceux de M. Bouchard et de ses collaborateurs MM. Charrin et Roger. Il accepte tous les résultats annoncés en particulier au congrès de Berlin par M. Bouchard, mais il diffère néanmoins sur l'explication des faits. Peut-être se laisse-t-il, à notre avis, séduire très volontiers par l'idée d'une conception simple du mode d'action des microbes en général. C'est ainsi qu'il lui paraît inutile d'admettre plusieurs espèces de produits solubles pour un seul microbe, les uns possèdent des effets absolument contraires aux autres. L'auteur préfère ne voir là que des questions de doses, mais l'expérimentation a démontré qu'on peut isoler parmi les produits d'un microbe des matières toxiques tout à fait opposées comme action. Le professeur Hertwig au sujet de l'immunité donne également une nouvelle explication qui complète l'unité de sa conception des maladies contagieuses. L'état normal de l'organisme, est l'état de réceptivité pour la maladie, pour parler le langage de l'auteur, c'est le cas de chemotropismus négatif. Le sujet auquel on a conféré l'immunité, passe vis-à-vis du virus spécifique à un état qui répond alors au chemotropismus positif.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans toutes ses considérations. Elles ont pour but de démontrer que les théories qu'il propose ont réponse à beaucoup d'objections que nombre d'hypothèses émises jusqu'à ce jour laissaient subsister.

Sans doute cette nouvelle conception est basée sur certains faits précis qui peuvent lui donner un semblant de probabilité, mais elle reste encore une hypothèse et il nous semble qu'elle est infirmée sur certains points par le résultat de l'expérimentation. Le professeur Hertwig a toutefois le mérite de nous présenter la question sous un jour tout nouveau. Sa théorie est très séduisante, très attrayante ; elle expliquerait bien des points encore obscurs, mais il lui manque une base expérimentale. M. Doyon.

Z. Pfeiffer. — **Die Protozoen als krankheitserreger sowie der Zellen und Zellkernparasitismus derselben bei nicht-bakteriellen Infektionskrankheiten des Menschen**, avec 91 dessins dans le texte ; 2e édition considérablement augmentée, 1 vol. gr. in-8° de 216 p. Jena, 1891, chez O. Fischer.

Cette deuxième édition comprend une étude très complète et très détaillée sur la nature et le rôle des protozoaires dans l'étiologie d'un certain nombre de maladies. Il y a là un vaste champ encore inexploré et peut-

être cette étude conduira-t-elle à des découvertes aussi importantes que celles que la bactériologie a suscitées depuis 15 ans. La malaria, le carcinome, la variole, la vaccine, la varicelle, l'herpès zoster, le pemphigus, la scarlatine, la rougeole et tant d'autres affections ont certainement pour cause un parasite. Ce parasite est-il un bacille? Ce n'est pas probable, car aucun de ceux que l'on a pu constater ne peut reproduire la maladie. Et du reste, au milieu des bactéries, on retrouve des micro-organismes de formes variées, des cellules, des protozoaires. Peut-être sont-ce là les vrais coupables? Aussi l'ouvrage du Dr Pfeiffer a-t-il un très réel intérêt. Les difficultés d'une étude de ce genre sont du reste particulièrement nombreuses.

L'auteur doit posséder à la fois les qualités d'un histologiste, d'un bactériologiste et d'un zoologiste. Enfin les protozoaires ne se cultivent pas comme les bactéries. La voie est ouverte dans ce sens, mais la route est à peine dessinée, il reste encore beaucoup à faire.

La première partie de l'ouvrage est tout entière consacrée à l'étude des protozoaires en général et des lésions qu'ils déterminent chez les animaux. L'auteur définit ce qu'il entend par protozoaires et nous donne l'exposé des différents procédés qu'il faut employer pour les étudier. Sans doute, l'examen détaillé des parasites que l'on rencontre chez certains animaux à sang chaud intéresse-t-il surtout un zoologiste, mais enfin sait-on bien si en définitive la cause de beaucoup de maladies ne serait pas là. Beaucoup d'affections proviennent de notre alimentation, aussi ne faut-il pas dédaigner l'étude des parasites des animaux. Cela n'est pas à démontrer. Les faits n'ont souvent pas d'application immédiate, mais ils peuvent devenir à un moment donné le point de départ de connaissances étiologiques utiles.

Le deuxième chapitre est le plus intéressant. Il est réservé à la pathologie humaine. Il faut lire les considérations très intéressantes de l'auteur sur la façon dont les protozoaires s'attaquent aux tissus, aux globules du sang. Le parasite est étudié au contact de la cellule, dans la cellule même. On nous montre quel est son développement, comment il se comporte, il vit et se reproduit. A la suite de ces observations générales l'auteur passe en revue les principales maladies qui sont sûrement parasitaires, mais dont il a été impossible de trouver le microbe. Il rend hommage aux beaux travaux de M. Laveran, dont les résultats ont été récemment encore confirmés par les recherches d'auteurs italiens.

On lira néanmoins avec intérêt le chapitre que l'auteur consacre à cette maladie type. Les recherches qui ont trait au cancer sont malheureusement encore sans résultats bien convaincants, mais il est permis d'après les observations faites d'espérer beaucoup dans cette nouvelle voie. Les articles consacrés aux fièvres éruptives, à l'herpès zoster sont également très intéressants. Mais ainsi que l'auteur lui-même le fait remarquer beaucoup de points sont encore à éclaircir. On ne peut pas, par exemple, fournir la preuve de l'existence des spores caractéristiques. Nous sommes néanmoins convaincu, comme le Dr Pfeiffer, que le rôle des protozoaires doit être prépondérant dans beaucoup d'affections contagieuses. Il y a là une science qui a beaucoup d'avenir. Peut-être prendra-t-elle à un moment donné un rapide essor comme la bactériologie. Nul autre que le Dr Pfeiffer

n'y aura plus contribué en réunissant dans un volume les connaissances acquises par ses devanciers, ses recherches personnelles et une méthode qui facilitera singulièrement des études ultérieures. MAURICE DOYON.

JULIUS FESSLER.— **Wirkung des ichthyols bei Erysipel und verwandten krankheiten**. Broch. in-8°. München, 1891.

La première partie de ce travail est consacrée à l'étude de l'action de l'ichtyol sur le streptococcus de l'érysipèle. Le microbe est pris dans des abcès consécutifs à un érysipèle ; on le cultive dans du bouillon additionné d'ichtyol et l'on peut se rendre compte des changements qui surviennent dans son développement et sa virulence. Les expériences du Dr Fessler sont très nombreuses, très variées ; elles ont été très bien instituées suivant une méthode déjà bien connue du reste et expérimentée par de nombreux savants à propos de la plupart des antiseptiques. L'auteur a pu constater une atténuation dans la virulence du streptococcus sous l'influence d'addition de doses assez minimes d'ichtyol. Des doses plus élevées paraissent enrayer totalement le développement de ce microbe.

En clinique les résultats ont été aussi satisfaisants que les expériences bactériologiques pouvaient le faire espérer. L'auteur insiste sur ce point que l'ichtyol employé à doses convenables dès le début enraie en peu de jours l'érysipèle en détruisant le germe lui-même. Un tableau annexé au texte permet de se rendre compte d'un seul coup d'œil du bon résultat que donne l'emploi de ce médicament. L'ichtyol est utilisé en applications sur la partie malade. On sait que l'on conclut en général à l'identité du streptococcus pyogenes et du streptococcus de l'érysipèle.

L'auteur admet cette identité et remarque que l'ichtyol possède la même action dans l'un ou l'autre cas. Du reste à propos de chaque expérience la provenance du microbe est soigneusement indiquée.

Le travail du Dr Fessler comprend encore une série de chapitres intéressants. C'est ainsi que dans l'un on trouve développée une série de considérations générales sur l'érysipèle tant chirurgical que médical ; dans un autre l'auteur nous fait part des essais qu'il a tentés avec certaines associations microbiennes. Le « prodigiosus » par exemple produit en association avec le streptococcus pyogenes des désordres considérables qu'il est incapable d'amener à lui tout seul. Peut-être ces faits peuvent-ils nous éclairer sur la gravité exceptionnelle de certaines affections compliquées d'érysipèle de l'homme ? Un chapitre curieux est celui que l'auteur consacre à l'influence de milieux albumineux sur le développement du streptococcus pyogenes. Cette influence s'exerce dans un sens défavorable à l'évolution du microbe. De là toute une série de considérations chirurgicales. Il ne faut plus craindre les caillots ; une « toilette » très minutieuse du péritoine est inutile, etc... Ces déductions paraissent très rationnelles après l'exposé des nombreuses expériences de l'auteur. On trouvera là en tout cas l'explication de beaucoup des faits que tout chirurgien connaissait mais dont il était difficile de trouver une raison scientifique. Il s'agit donc là d'un travail expérimental et clinique du plus haut intérêt.

Dr MAURICE DOYON.

HAVRE. — IMPRIMERIE DU COMMERCE, 3, RUE DE LA BOURSE

TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ALBUMINURIE COMPLIQUANT LES PHASES AIGUËS DE LA BLENNORRHAGIE

Par **F. Balzer** et **A. Souplet.**

De nouvelles recherches poursuivies avec persévérance nous ont confirmé dans les opinions que nous avons émises précédemment et nous permettent de reprendre avec plus de précision quelques-uns des points qui n'ont été qu'indiqués dans notre première communication (1).

Nous nous sommes attachés surtout à mettre en relief l'albuminurie blennorrhagique relevant de l'infection générale et à établir sa pathogénie. Nous étudions en même temps les symptômes et le pronostic des diverses albuminuries qui peuvent venir compliquer la blennorrhagie pendant ses périodes aiguës.

Fréquence. — Tout d'abord il est nécessaire de faire quelques remarques à propos de la fréquence, les résultats obtenus dans les six mois qui ont suivi notre note précédente nous ayant montré que la proportion que nous avions indiquée était un peu trop faible.

Pendant ce temps, le nombre total des malades qui ont été soignés dans les salles du service comme atteints de blennorrhagie s'est élevé à 424. Après l'examen le plus minutieux, nous n'avons trouvé sur ce total que 4 cas où l'albuminurie était en relation si étroite avec l'hématurie due à la cystite qu'il nous a semblé presque impossible de dire quelle était la valeur exacte de l'albuminurie pour ces faits particuliers.

Cette réserve faite, le nombre des cas où l'albuminurie a été constatée est de 99. Ce total brut ne tient compte ni de l'intensité, ni de la durée, ni de la concomitance d'autres symptômes, la cystite par exemple. Toutefois ces symptômes surajoutés ne sont le plus souvent que de faible importance ; bien plus, ils ne sont pas fréquents, et ce n'est pas sans une certaine surprise que, malgré notre interrogatoire toujours porté sur ce point spécial, nous n'avons relevé que 16 fois la coexistence de la cystite à symptômes nettement accusés.

(1) De l'albuminurie liée à la blennorrhagie, par F. Balzer et A. Souplet. *Soc. de dermat. et de syph.*, et *Mercredi médical*, avril, 1891.

Ce chiffre de 99 albuminuriques se décompose, si l'on ne tient compte que de la concomitance de l'orchite avec la blennorrhagie, de la façon suivante :

Blennorrhagies avec orchite.	73
Blennorrhagies simples.	26

Ce même total général, en faisant entrer en ligne les 16 cas de cystite donne :

Blennorrhagies avec orchite.	62
Blennorrhagies simples.	21
Blennorrhagies avec orchite et cystite.	11
Blennorrhagies simples et cystite.	5

Remarquons que si le nombre des faits d'albuminurie liée à la blennorrhagie simple est relativement peu élevé, il faut considérer que ces derniers cas sont beaucoup moins souvent hospitalisés. Ajoutons que ces malades sont atteints depuis peu de temps, qu'ils sont tous jeunes et que, à part les blennorrhagies antérieures, ils n'ont pas, sauf deux ou trois exceptions, ces antécédents urinaires dus au rétrécissement qui auraient pu motiver une intervention chirurgicale quelconque avant qu'ils aient été soumis à notre observation.

La proportion d'albuminuriques au cours de la blennorrhagie pour les malades hospitalisés a donc été de 23 0/0, chiffre supérieur à celui que nous avons indiqué précédemment.

Mais, si comme nous l'avons fait déjà pour notre première série d'observations, en nous montrant même un peu plus rigoureux, nous faisons abstraction des malades atteints simultanément de syphilis secondaire intense et, surtout, si nous négligeons ces faits nombreux où l'albuminurie ne se manifeste par aucune réaction appréciable et ne dépasse pas 3 ou 4 jours de durée, il se trouve que nous devons encore retrancher 45 cas. Ces 45 cas qui comprennent 7 cas avec cystite sont, pour ainsi dire, de faible valeur. Ils se trouvent détaillés dans les deux tableaux suivants :

1° En tenant compte exclusivement de l'orchite :

Blennorrhagies avec orchite.	31
Blennorrhagies simples.	14

2° En tenant compte de la cystite :

Blennorrhagies avec orchites.	26
Blennorrhagies simples.	12
Blennorrhagies avec orchite et cystite.	5
Blennorrhagies simples et cystite.	2

Le total des cas restants s'élève à 54; c'est à ce dernier groupe que nous emprunterons les faits dont nous parlerons plus loin. Comme pour

le groupe des cas de faible intensité, il peut se subdiviser de la façon suivante :

1° En tenant compte exclusivement de l'orchite :

Blennorrhagies avec orchite.	42
Blennorrhagies simples.	12

2° En tenant compte de la cystite.

Blennorrhagies avec orchite.	36
Blennorrhagies simples.	9
Blennorrhagies avec orchite et cystite.	6
Blennorrhagies simples et cystite.	3

C'est ce dernier total de 54 albuminuries qui nous fait maintenir à 12 0/0 notre évaluation des cas d'albuminurie accompagnant la blennorrhagie. Donc, en procédant exactement de la même façon que pour les premiers résultats que nous avons fait connaître, nous sommes arrivés à un résultat absolument concordant. Mais, ce qui nous permettait de dire tout à l'heure que notre évaluation était certainement un peu faible, c'est que, aujourd'hui, après des observations plus longtemps suivies, nous avons acquis la conviction que la proportionnalité devrait être relevée du fait de certains malades rangés dans la catégorie des cas de faible valeur et qui n'entraient pas en ligne de compte faute d'une observation suffisamment prolongée.

Nos examens d'urine ont été faits par les procédés cliniques ordinaires; qu'il nous soit seulement permis de redire les précautions prises pour éviter les erreurs possibles. Les urines sont filtrées, traitées par l'acide acétique, puis chaque fois et séparément par l'acide azotique et par la chaleur. Nous vient-il le moindre doute à l'esprit? Nous pratiquons sur-le-champ un nouvel examen avec l'urine d'une seconde miction. L'albumine est-elle en très faible quantité? L'urine est examinée tous les jours. Faut-il tenir grand compte d'une cause d'erreur souvent signalée et tenant à la présence du pus dans l'urine? Nous croyons qu'il est facile en filtrant l'urine et en faisant l'examen avec soin d'éviter cette cause d'erreur. C'est aussi pour éviter toute contestation à ce sujet que nous ne tenons pas compte dans nos relevés de nombreux cas où l'albumine n'est notée qu'à l'état de *traces*. Nous exagérons peut-être en agissant ainsi, car après avoir fait un nombre assez grand d'examens d'urines purulentes, nous pensons aujourd'hui que cette cause d'erreur n'a pas toute l'importance qu'on lui attribue. Maintes fois nous voyons chez des sujets atteints de cystite des urines à dépôt purulent et ne donnant pas la réaction de l'albumine, et d'un autre côté, chez des sujets à la fois atteints de cystite et d'albuminurie nous voyons les dépôts purulents persister encore en abondance alors que l'albumine ne se trouve déjà plus dans

l'urine filtrée. Il est vraisemblable que la quantité d'albumine exsudée à la surface des muqueuses qui suppurent est insignifiante ; quand les réactifs la décèlent franchement dans l'urine, elle vient du rein.

Enfin, chaque fois que le malade avait pris antérieurement des balsamiques, les urines ont été traitées par l'alcool absolu, l'ammoniaque ou l'éther, de façon à dissoudre les précipités balsamiques.

En somme, le fait important qui s'impose à nous, est le suivant : l'albuminurie est fréquente. Bien que les blennorrhagies qu'il nous est donné d'observer à l'hôpital soient peut-être un peu plus graves que pour la moyenne des malades de la ville, cette fréquence est plus grande que nous ne l'avions dit précédemment et justifie de plus en plus ce que nous avons avancé de la nécessité de faire plusieurs fois l'examen de l'urine pendant la blennorrhagie.

Symptomatologie. — Les modes de production de l'albuminurie blennorrhagique sont assez nombreux ; nous les étudierons plus loin. Elle peut venir : 1° par blennorrhagie ascendante ; 2° par infection générale ; 3° du fait de ces deux facteurs avec prédominance de l'un ou de l'autre. Actuellement il serait très difficile de distinguer cliniquement ces formes étiologiques ; aussi ne décrivons-nous provisoirement que deux variétés symptomatiques, l'une silencieuse, l'autre plus bruyante.

Ces deux types très nets, qu'il nous a été donné d'observer bon nombre de fois, sont constitués de la manière suivante :

Albuminurie latente et légère. — Ce groupe de beaucoup le plus nombreux ne se décèle par aucun signe : l'affection évolue d'une façon latente, rien ne la faisait prévoir, rien dans la suite ne peut faire soupçonner qu'elle a existé.

Bon nombre de cas doivent être indépendants de la cystite ; celle-ci pouvait exister chez quelques malades et nous sommes disposés à lui reconnaître la plus grande influence dans la pathogénie, mais elle ne se décelait par aucun signe digne d'être noté. 35 de nos observations rentrent dans ce groupe. Deux malades seulement avaient, l'un 43 ans, l'autre 41 ans ; tous les autres ont 25 ans en moyenne. Le plus grand nombre n'a pas présenté d'accidents blennorrhagiques antérieurement. Sauf deux ou trois exceptions, la blennorrhagie était récente ; presque tous ces malades sont entrés pour des orchites douloureuses. L'albuminurie a persisté en moyenne 6 à 7 jours chez près de la moitié d'entre eux. Chez les 18 derniers nous l'avons constatée pendant une durée de 10 à 22 jours ; toutefois plusieurs de ces malades sont partis avant que nous ayons pu constater la disparition totale de l'albuminurie.

C'est à cela que se borne ce que nous avons à dire de ces malades, de telle sorte que l'on pourrait se demander : N'y a-t-il dans ces faits qu'une constatation banale et sans valeur ? C'est une question sur laquelle nous reviendrons au pronostic.

Albuminurie plus grave. — Le second type est beaucoup plus rare. Nous ne l'avons observé que dix fois. Il se manifeste d'une manière plus ou moins complète, mais tous les cas ont entre eux la plus grande ressemblance et ne diffèrent les uns des autres que par le degré plus ou moins marqué de leurs symptômes.

L'observation suivante, qui est pour ainsi dire, un exemple complet, fera d'emblée saisir l'aspect général de ces malades.

Obs. I. — B..., Paul, dessinateur, âgé de 30 ans, entre le 23 mai 1891, à la salle VI, lit n° 36.

Il a eu une blennorrhagie il y a six ans. Depuis un mois, il a la blennorrhagie, et depuis huit jours, il est atteint d'une orchite double volumineuse avec urine claire, sans dépôts. Dès l'entrée, albuminurie assez abondante. Le 28 mai, elle disparaît, mais elle se montre de nouveau le 1er juin. Ce même jour, survient un état gastrique marqué qui se développe les jours suivants. La fièvre est peu intense et ne dépasse pas 39°. On constate une grande prostration, une inactivité psychique à peu près complète. Le malade se plaint de courbature et de brisement des membres; céphalalgie persistante ; il a une inappétence très accusée ; la langue est saburrale, mais humide. L'alimentation consiste dans un régime lacté absolu. Les deux orchites, sans avoir jamais été très douloureuses, ne diminuent que très lentement dans les jours qui suivent. Le 17 juin, la céphalalgie disparaît, la courbature diminue. La langue reste saburrale et l'appétit ne revient pas ; le 18, plus d'albumine ; le 19, elle reparaît en faible quantité. Le 22, éruption de miliaire. Le 25, pas d'albumine. Etat toujours saburral. Constipation. 3 juillet, état satisfaisant, mais anémie profonde avec pâleur de tous les téguments. Le malade mange un degré. 8 juillet, l'amélioration persiste. L'état général est meilleur ; l'albumine n'a pas reparu. Sorti le 13 juillet.

Ce malade est rentré le 25 juillet pour une légère poussée de rhumatisme blennorrhagique du pied droit. Il n'est resté que 8 jours et l'albumine, recherchée à plusieurs reprises, n'a pas été retrouvée.

Trois autres observations sont à peu près la reproduction exacte de celle-ci ; même albuminurie, sans cystite ; même état général, mêmes symptômes. Il n'y a de différences que dans la durée de l'albuminurie qui a persisté dans ces cas, 21 jours, 19 jours, et 15 jours, et par suite dans la durée correspondante des autres manifestations morbides.

Les cinq autres cas se rapprochent des précédents; mais les symptômes ont été moins accusés. Au lieu d'un état gastrique intense, ils ne présentent qu'un état gastrique léger. Ce sont des cas atténués, des cas de transition qui vont insensiblement jusqu'à ce nombreux groupe de faits complètement latents dont nous avons déjà parlé. Enfin ils diffèrent par leur durée, qui n'est que d'un septénaire environ.

En considérant surtout le premier groupe de ces faits, ceux qui se sont montrés au complet, on peut tracer de cette forme d'albuminurie le tableau suivant : Début inopiné ou rapide. Tout d'abord, état gastrique léger avec inappétence, puis cet état gastrique augmente ; la langue est très saburrale, mais toujours humide. Cet état de la langue offre un intérêt particulier : elle est large, mais non épaissie, d'aspect plutôt blanchâtre que franchement sale. Cet aspect est si ordinaire qu'il a suffi souvent pour attirer notre attention du côté des urines. Il est juste de dire qu'il peut manquer, et qu'il n'est pas absolument pathognomonique. Cet état gastrique paraît en corrélation étroite avec l'albuminurie ; il dure autant qu'elle. Nous devons signaler en même temps les symptômes suivants : céphalalgie assez vive ; prostration, abattement, inactivité motrice complète, inactivité cérébrale : en un mot, dépression profonde qui serait l'état typhique si la lucidité d'esprit n'était pas intacte. Courbature très fréquente avec douleurs rénales ou lombaires, spontanées, localisées, sans irradiations, et n'ayant jamais présenté un trajet ascendant. Pâleur des tissus et de la face en particulier, décoloration qui rappelle celle des saturnins, mais ces derniers sont moins blancs. Anémie durable mais sans bouffissure, *ni œdèmes*. Fièvre peu élevée, oscillant entre 38° et 39°, moins élevée par conséquent que celle de l'orchite intense, et persistant assez longtemps après cette complication pour que l'élevation de température ne puisse pas devoir lui être forcément rattachée. Enfin, pour compléter ce tableau, qui est par cet ensemble de caractères celui d'une maladie infectieuse, deux fois nous avons noté des sueurs profuses vers la fin, avec éruption de miliaire concomitante. Disons encore que l'albuminurie s'est montrée irrégulière dans sa quantité pendant le cours de l'affection ; parfois même, comme s'il s'agissait d'arrêts dans les décharges du côté du rein, elle manquait certains jours pour reparaître le lendemain.

Albuminurie par propagation ascendante de la blennorrhagie ; ~~urétéro-~~pyélo-néphrite. — La description des variétés symptomatiques que nous venons de passer en revue repose sur des faits où l'élément infectieux nous a paru jouer un rôle prédominant et même exclusif, surtout en ce qui concerne la forme la plus intense, puisque la cystite n'a été notée chez aucun de ces malades. A ce titre et aussi pour cette raison que leur fréquence relative a été jusqu'ici peu signalée par la plupart des auteurs, nous les avons, de propos délibéré, décrites à part. Toutefois, nous n'avons pas la pensée que ces formes existent toujours à l'exclusion des autres auxquelles nous faisions allusion en commençant cette étude et il nous est facile de mentionner quelques faits où l'urétéro-pyélite ascendante nous a semblé incontestable. Telle est l'observation suivante qui a trait à un malade de la consultation externe.

Obs. II. — Le nommé V..., vient à la consultation le 27 mai. Il est atteint de blennorrhagie depuis la première quinzaine d'avril. Dès les premiers jours de mai, ses urines deviennent troubles et sanguinolentes. Son interrogatoire nous montre qu'actuellement les symptômes de cystite sont modérés ; mais il se plaint de fatigue, de perte de forces, de douleurs dans les reins et d'inappétence. La langue est blanche et humide ; les téguments et le visage sont très pâles. Forte quantité d'albumine dans les urines. Traitement : régime lacté, salol. 4 juin, légère amélioration. Les urines sont moins troubles, la miction est moins douloureuse ; l'albumine a diminué, mais se trouve encore en notable quantité. L'état général est un peu plus satisfaisant. Même traitement. 11 juin : les urines, la miction, l'albuminurie présentent les mêmes caractères. L'état gastrique a disparu, l'appétit revient, la langue est presque normale. Les douleurs des reins persistent. Même traitement. 18 juin : l'écoulement uréthral est très amélioré. La miction est moins douloureuse. Les douleurs rénales ont disparu. Plus de courbature. Bien que l'inappétence ait reparu, que la langue ait repris sa coloration blanchâtre, les urines ne contiennent plus d'albumine. Même traitement. 25 juin : l'appétit est revenu ; la langue n'est plus saburrale. L'état général est bon. Pas d'albumine.

Obs. III. — B... Claude, 32 ans, entre le 3 juin. Chaudepisse de 3 semaines, cystite intense de 8 jours, orchite droite de 6 jours. Il présente de l'embarras gastrique, de la céphalalgie, de la courbature, surtout lombaire ; l'albuminurie est abondante. Cet état persiste sans modifications pendant 8 jours avec une intermittence dans l'albuminurie qui n'a pas été constatée le 4 juin. Le 15, l'état du malade s'améliore, la courbature disparaît. Le 19, il sort sur sa demande, non guéri.

Cette forme intense d'albuminurie dépendant de la cystite blennorrhagique est cependant beaucoup plus rare à l'hôpital du Midi que l'albuminurie par infection générale et accompagnant l'orchite ; nous n'en avons trouvé dans nos observations que très peu de cas bien nets, les autres pouvant tout aussi bien relever à la fois de l'orchite et de la cystite. En revanche, l'albuminurie latente avec cystite se présente souvent, comme nous l'avons dit plus haut.

En dernière analyse, peut-on à l'heure actuelle mettre l'albuminurie blennorrhagique par infection générale en regard de l'albuminurie blennorrhagique par urétéro-pyélite ascendante et différencier par l'examen de l'état général, ces deux formes l'une de l'autre ? Quelque tentante que soit cette opposition, cet essai serait encore prématuré. Hallé n'a pu donner la description du début de l'urétérite ; pour notre part, bien que nous ayons simultanément observé ces cas divers, bien que, au moment même où nous écrivons cette note, deux malades de nos salles présentent de la manière la plus nette ces deux modes pathogéniques différents, tout ce que nous avons pu constater se réduit à ceci : les cas de cystite s'accompagnant d'albuminurie ne présentent pas au même degré les phénomènes que nous avons remarqués dans

les formes infectieuses intenses; ils décèlent moins complètement l'atteinte évidente portée d'emblée à l'état général. Évidemment ce n'est là qu'une nuance qui serait trop souvent insuffisante à décider du diagnostic différentiel en l'absence de l'examen des urines et des symptômes locaux.

Pathogénie. — L'examen des urines nous fait connaître non seulement l'existence de l'albuminurie, mais bien souvent aussi celle de la cystite dont le diagnostic est complété par l'interrogatoire du malade. Dans ce cas, point de doute; l'albuminurie se rattache à la propagation ascendante de la blennorrhagie.

D'autre part, la constatation de l'orchite, l'absence de tout signe de cystite se rencontrent avec l'albuminurie dans un autre ensemble de faits où la blennorrhagie s'est propagée du côté des voies déférentielles. Ces modalités diverses peuvent en outre s'associer dans la clinique. Nous pouvons donc distinguer au point de vue pathogénique et clinique quatre groupes de faits :

1° L'albuminurie est liée d'une *manière évidente* à la cystite avec propagation ascendante; dans ce cas elle se complique ou non d'hématurie, elle entraîne des signes importants tels que l'embarras gastrique, la courbature, les douleurs rénales, et peut enfin affecter une allure fugace, être intermittente ou durable; c'est l'urétéro-pyélo-néphrite dans laquelle il peut y avoir infection locale et infection générale suivant la gravité des cas.

2° L'albuminurie est liée *suivant toute probabilité* à ce même processus ascendant. Cette variété qui est probablement très commune ne s'accompagne ni de symptômes généraux, ni de signes de cystite bien caractérisés, c'est une forme passagère et peu intense. Il semble qu'il se produise une petite poussée inflammatoire ascendante; l'albumine se montre pendant quelques jours; tout rentre dans l'ordre avec le lait et le repos.

3° L'albuminurie est liée *à la blennorrhagie compliquée d'orchite le plus souvent*, quelquefois aussi sans orchite et indépendamment de tout signe de cystite. Dans ce groupe, la forme intense que nous avons décrite avec son albuminurie abondante et persistante et avec son cortège de symptômes généraux nous paraît démontrer le rôle de l'*infection générale blennorrhagique*.

4° L'albuminurie peut dépendre tout à la fois de la pyélo-néphrite et de l'orchite, l'*infection générale* ayant ainsi une double cause. Ces faits s'observent souvent; souvent aussi il est à peu près impossible de déterminer la valeur relative des deux facteurs. En voici un exemple dans lequel le temps qui a séparé l'apparition des symptômes de la date de l'entrée rendait toute appréciation des causes impossible.

Obs. IV. — T... Henri, 27 ans, entre le 22 juillet, porteur d'une blennor-

rhagie qui date déjà de 6 semaines. Il a souffert à peu de jours de distance d'une cystite, puis d'une orchite, cette dernière datant déjà de 3 semaines au moment de l'entrée. Ce malade, qui a été suivi jusqu'au 7 septembre, présentait encore de l'albuminurie à sa sortie. La quantité a toujours été considérable, mais cependant avec des variations fréquentes. Dosée avec l'appareil d'Esbach alors qu'elle était devenue relativement peu abondante, elle s'élevait encore à 1,25 centigrammes par litre.

Laissant hors de compte les infections urinaires ascendantes, nous sommes conduits maintenant, à défaut de savoir quelle est la cause de l'infection générale, gonocoque, produits solubles ou microbes développés secondairement, à nous demander par quel mécanisme elle se peut expliquer. Ici nous sommes uniquement dans le domaine des hypothèses, mais celles que l'on peut faire ne se présentent pas toutes avec le même degré de vraisemblance.

Et d'abord peut-on incriminer le traitement par les balsamiques? Ceux-ci, au moins dans certains cas, interviennent-ils pour préparer la néphrite ? Il nous semble difficile de répondre d'une manière absolue à cette question. Cependant nous ne pensons pas que les balsamiques puissent avoir une influence marquée. En effet, le plus grand nombre des malades nous arrive sans avoir subi aucun traitement et quant à ceux qui ont présenté de l'albuminurie après leur entrée à l'hôpital, rien ne nous a paru devoir faire rattacher leur albuminurie à la médication. Bien plus, chaque fois que l'albumine n'existait qu'à l'état de *traces* dans l'urine, les malades ont continué à prendre de l'opiat de copahu et cubèbe et l'albumine malgré cela a toujours disparu rapidement. Enfin l'apparition d'un érythème copahique n'a pas empêché cette disparition de l'albumine de demeurer définitive chez un de nos malades. Voici ce cas :

Obs. V. — J.., Wilhem, entre le 29 août pour une blennorrhagie de 6 semaines compliquée depuis trois jours d'orchite droite avec funiculite. L'urine contient des traces d'albumine. On prescrit l'opiat. Le 6 septembre l'albumine a disparu ; le lendemain, on constate une éruption copahique intense, et malgré cela, l'albumine ne se retrouve pas dans l'urine et n'y reparaît pas jusqu'à la sortie du malade le 11 septembre.

De même le salol, bien qu'il ait été accusé dans ces derniers temps d'exercer sur le rein une influence fâcheuse, ne nous a pas semblé plus à redouter que l'opiat. Pour remplacer celui-ci, pendant longtemps nous avons prescrit le salol à presque tous nos albuminuriques, à la dose de 2 grammes par jour sans jamais constater aucun effet nocif. Pour le dire en passant, son action sur la blennorrhagie nous a paru peu favorable, et dans ces derniers temps nous avons cessé de l'administrer.

La découverte des microbes et de leur rôle pathogénique a imprimé

à la question de l'infection dans la blennorrhagie un mouvement décisif. Il y a quelques années à peine, en face des partisans de l'infection directe par le virus blennorrhagique se groupait un bon nombre d'auteurs pour lesquels la blennorrhagie restait une affection purement locale. Les manifestations du côté de l'état général, telles que le rhumatisme, étaient considérées comme indépendantes, provoquées par le développement de la blennorrhagie chez un sujet rhumatisant. Le rhumatisme ainsi éveillé se substituait en quelque sorte à la blennorrhagie qui n'en était que la cause occasionnelle : les diverses complications articulaires on viscérales qui se produisaient au cours de la blennorrhagie, dépendaient avant tout du rhumatisme spécial qu'elle avait provoqué. C'est l'opinion qui a été défendue dans un des meilleurs travaux parus sur l'albuminurie au cours de la blennorrhagie, la thèse de Luxcey (Paris, 1879) ; elle était pour lui rhumatismale plutôt que blennorrhagique.

Aujourd'hui les relations qui existent entre la blennorrhagie et ses complications éloignées nous paraissent beaucoup plus étroites. L'infection blennorrhagique domine tout, les localisations du côté des viscères et des membres, empruntant ou non la forme rhumatismale. L'incertitude subsiste encore cependant quand il s'agit de décider à quel microbe il faut attribuer l'infection, si c'est au gonocoque seul, ou bien à son association avec d'autres parasites. Du reste, la relation entre l'albuminurie et le rhumatisme blennorrhagique est loin d'être constante : dans un relevé de 16 observations de rhumatisme blennorrhagique, recueillies dans le service depuis le mois d'avril, nous ne voyons signalée que deux fois la présence de l'albumine dans les urines.

Mais comment se produit l'infection générale ? Suivant nous, elle a pour point de départ les régions envahies par la blennorrhagie, l'urèthre, les voies déférentes, l'épididyme, la tunique vaginale ; il y a là de vastes surfaces enflammées qui peuvent être le point de départ d'une infection générale avec localisation rénale ultérieure. La fréquence et l'importance de l'albuminurie au cours de l'orchite, justifient à nos yeux cette manière de voir. C'est dans l'orchite que nous avons vu les cas d'albuminurie les plus remarquables, soit dans la première atteinte, soit dans les récidives. Il y a donc une relation, un lien direct entre l'orchite et l'albuminurie. Cette hypothèse nous paraît plus soutenable que celle qui rattacherait l'albuminurie à l'état général causé par la blennorrhagie ou l'orchite et notamment à une infection para-blennorrhagique, d'origine gastro-intestinale, provoquée secondairement ou favorisée par l'infection blennorrhagique des voies génito-urinaires. Du fait de l'épididymite, les organismes infectieux s'introduisent dans un organe parenchymateux, condition qui doit favoriser l'infection générale, au même titre que lorsqu'elle se

trouve réalisée par l'inflammation ascendante des voies urinaires.

Pronostic. — Traitement. — Le traitement que nous instituons toujours est le suivant : repos au lit, régime lacté absolu ou mitigé, boissons alcalines (bicarbonate de soude et salicylate de soude, à doses faibles dans une limonade au citron).

Le repos a la plus grande importance ; quelques malades arrivant à l'hôpital avec une albuminurie abondante, n'en présentent plus dès le lendemain ou le surlendemain. La disparition graduelle, la persistance de l'albuminurie à l'état de traces dans l'urine s'observent fréquemment.

A quel moment se montre l'albuminurie ? Le plus souvent elle suit de près l'orchite. Ceci est facile à constater dans cette catégorie de malades à l'hôpital, mais l'observation de la ville pourrait seule lever certaines inconnues qui persistent pour d'autres. Voici par exemple, un malade dont la blennorrhagie date de 8 mois ; nous constatons à l'hôpital l'albuminurie pendant une semaine, mais il nous est impossible de savoir à quelle époque elle a commencé. La durée de ces albuminuries est tout à fait incertaine. D'après nos relevés, l'albuminurie traitée dure très souvent 6 à 8 jours, rarement 15 à 20, plus rarement encore au delà de ce nombre de jours.

Un malade qui a eu de l'albumine dans les urines à une première atteinte d'orchite, n'en a pas nécessairement à une seconde. Exemple : L..., Jean, 26 ans, entre le 8 avril avec une orchite droite de 4 jours. Le 14 avril, apparition d'une albuminurie qui dure encore le 21 avril, jour de sa sortie. Le 10 juin, il rentre à l'hôpital pour une récidive d'orchite ; cette fois il n'y a pas d'albuminurie. Le malade n'a pas fait examiner ses urines en ville après sa première orchite ; on ne sait le temps qu'a pu durer l'albuminurie. Il en est de même pour un grand nombre de nos malades.

Chez deux autres malades, à l'occasion de récidives d'orchite survenues à un et deux mois d'intervalle, nous avons, au contraire, constaté des rechutes dans l'albuminurie.

En somme, l'albuminurie même passagère est certainement un élément de pronostic important dans le cas de blennorrhagie, puisqu'elle nous donne une mesure de l'extension prise par cette maladie, extension locale, ou extension par infection. C'est en tout cas une indication des plus précieuses pour le traitement et pour le régime des blennorrhagiques.

Et même, en allant plus loin, on peut dire que le malade qui a présenté de l'albuminurie au cours de la blennorrhagie doit être surveillé avec soin et pendant longtemps. De nombreux travaux parus dans ces derniers temps ont fait voir toute l'importance des infections secondaires du rein. Aussi le jour où les déterminations rénales de la blennorrhagie seront mieux connues certains faits obscurs jusqu'ici

seront mieux interprétés. Hallé a publié dans sa thèse (observation XXX) un cas d'urétéro-pyélite aiguë primitive observé par Leroy de Méricourt et Guyon et qui concerne un malade pris « brusquement et sans cause ». « Le seul fait à noter dans ces antécédents est une légère « uréthrite sans cystite ni rétrécissement consécutif. » Caussade (thèse de Paris 1890) a publié (observation XIV) une observation extrêmement intéressante empruntée à Bozzolo et concernant un jeune homme entré à la Clinique des maladies syphilitiques pour une épididymite blennorrhagique, qui présenta les symptômes d'une maladie de Bright aiguë et mourut 14 jours après avec des complications pleuro-pulmonnaires. Caussade est porté à voir dans ce cas une néphrite pneumonique en disant que « des infections généralisées dues à la présence du gonococcus dans le sang n'existent pas ». Il est hors de notre sujet de nous prononcer sur les faits signalés par Hallé et Caussade, bien que l'interprétation de ce dernier auteur nous paraisse contestable ; mais nous avons tenu à rappeler ces observations pour bien faire saisir l'importance que nous attachons au pronostic de l'albuminurie au cours de la blennorrhagie. Nous croyons qu'il faut tenir plus grand compte de sa grande fréquence qu'on ne l'a fait jusqu'ici, dans la recherche des antécédents des malades atteints d'affections rénales.

UN CAS DE RÉINFECTION SYPHILITIQUE

Par **Alexis Pospelow**,

Professeur à la Faculté de Médecine, médecin en chef de l'hôpital du Miasnitzkaja à Moscou.

Malgré les cas indubitables de réinfection de la syphilis, publiés dans la littérature, le professeur *Sigmund* n'a pas trouvé superflu d'ajouter que : « pour admettre une réinfection syphilitique, il était indispensable de se livrer à des observations ultérieures très précises. »

On est forcément obligé de se ranger à cet avis; car actuellement, il nous faut des faits réunissant les preuves nécessaires, et *de nature à ne laisser aucun doute au syphilidologue.* Ce ne sont, en effet, que de telles observations qui pourront éclaircir d'une façon complète la question de la réinfection syphilitique; mais pour que les cas de réinfection soient *convaincants*, les observations publiées doivent se caractériser par une exactitude toute spéciale dans l'enquête de l'anamnèse du client et dans celle de l'état de son organisme au moment de l'examen.

Pour établir le diagnostic d'une réinfection syphilitique, il est de toute nécessité qu'à part les symptômes classiques de l'infection primitive, par voie de contagion syphilitique, c'est-à-dire 1° qu'en plus de la présence du syphilome primitif ; 2° qu'outre l'affection des vaisseaux et des glandes lymphatiques; 3° qu'à part les syphilides primitives de la peau et des membranes muqueuses, l'anamnèse indiscutable de la première syphilis sur le sujet soit nettement fait; sans ces conditions, il n'est guère possible de constater une réinfection de la maladie.

La réinfection syphilitique chez un sujet ne saurait être admise que dans le cas favorable où ce dernier présenterait l'ensemble des symptômes mentionnés ci-dessus.

Le cas que j'ai l'intention de présenter ici, concerne un malade, qui dans le principe avait formellement refusé d'être montré à d'autres médecins, soit dans une société médicale, soit en particulier. J'aurais donc dû garder l'histoire de ce cas intéressant dans les archives de ma clientèle privée, si le malade n'avait été que dans mon service; mais comme il a été également examiné par un de mes confrères, spécialiste de Varsovie, le Dr *Elsenberg* (1), je me crois autorisé à publier le cas. Comme ce client a été traité par moi, il y a quelques années et que l'historique de sa mala die a été noté par moi pendant toute la durée de ses visites, je suis à même de le présenter d'une manière complète.

Notre malade, M. J. N. N., fut contaminé de la syphilis dans les derniers jours du mois d'octobre 1882 ; deux semaines après des rapports sexuels avec une prostituée, le malade constata une plaque ulcérée de la grosseur d'une lentille dans la rainure du gland, laquelle à la palpation présentait une induration remarquable. Le malade fut examiné par le professeur Tarnowsky, lequel constata un chancre induré et prescrivit le traitement local par emplâtre mercuriel. A cette époque, le malade dut, pour des causes concernant son service, quitter Pétersbourg et passer quelque temps à Varsovie, où les trois médecins qui le surveillaient, s'attendaient à l'apparition de la syphilide; et effectivement le 20 décembre se montra chez le malade, après une forte fièvre, une roséole syphilitique fortement accentuée. A l'époque dont nous parlons, il ne restait pas le moindre doute sur l'exactitude du diagnostic et il fut prescrit au malade des frictions d'onguent mercuriel gris à trois grammes par jour, après lesquelles la roséole disparut, vers la 15e ou 16e friction ; le client continua les frictions qu'il fit au nombre de 35. Lorsque le traitement en question fut fini, les médecins, qui traitaient alors le malade, constatèrent chez ce dernier, l'apparition de l'angine papulo-ulcérée, pour laquelle il lui fut prescrit de prendre intérieurement l'iodure de potassium, médicament que le malade ne put supporter, et qui dès les premières cuillerées produisit une forte diarrhée, qui en dépit de l'addition d'opium (teinture d'opium) ne diminua pas, mais au contraire, augmenta encore. Force fut donc de cesser l'iodure de potassium; mais l'angine syphilitique du patient ne disparut pas, et, en outre, se montrèrent des papules ou plaques syphilitiques sur les lèvres. En abandonnant l'iode, les médecins qui traitaient alors le malade se bornèrent à des cautérisations locales de l'angine et des plaques des lèvres au nitrate d'argent. La maladie se prolongea jusqu'au mois de mars 1883, avec des alternatives d'amélioration et d'augmentation du mal. C'est, à cette époque, que furent prescrites au malade des frictions d'onguent gris (3 grammes), après lesquelles les plaques muqueuses de la bouche commencèrent à disparaître; et après 32 frictions, on n'en constata plus à l'examen du malade aucune apparition, ni dans la cavité de la bouche, ni sur le corps. Néanmoins, au mois de mai de la même année,

(1) Voir publication de ce cas, in *Wiener Klinik*, 1891, Heft 8 et 9, p. 203, par Dr Elsenberg.

se produisit une récidive chez le patient, sous la forme du psoriasis palmaire et les papules syphilitiques se montraient rebelles, comme cela arrive fréquemment à l'extrémité des doigts et au bord des ongles. De nouvelles frictions d'onguent mercuriel gris, furent prescrites au malade simultanément avec des bains soufrés a Piatigorsk (Caucase); il en prit 32 : puis sur les conseils du médecin qui le traitait, il essaya de nouveau l'iodure de potassium, qu'il ne supporta pas mieux qu'antérieurement.

Le patient séjourna à Piatigorsk du 15 juillet au 15 octobre; profitant du beau temps continu, il fit 65 frictions à divers intervalles. De retour à Moscou, au mois d'octobre, le malade fut minutieusement examiné par moi, mais je ne constatai plus la présence du psoriasis palmaire, ni d'aucune autre manifestation syphilitique de la peau ou des muqueuses de la bouche. Les glandes lymphatiques se percevaient à peine dans les deux aines, mais elles se montraient fort légèrement indurées, tout en étant normales par rapport à leur grosseur. Malgré l'absence d'accidents syphilitiques, notre malade fit pendant la durée de l'été de 1884 à Piatigorsk, encore 20 frictions (ong. gris) et prit, en outre, des bains soufrés, cette fois là, d'après sa propre initiative. Le malade était très soigneux de sa personne, mais quelque peu craintif, ce qui le portait à noter avec exactitude la marche de son affection, de même que celle de son traitement.

A son retour de Piatigorsk, pendant l'été de l'année 1884, craignant le retour de sa maladie, il vint me consulter à différentes reprises.

A l'époque en question, le client nourrissait des projets de mariage, il s'occupait naturellement encore plus minutieusement des soins de sa personne et de sa santé, et sur sa demande je l'examinais fréquemment, et les résultats de mes examens furent négatifs, comme antérieurement. Durant l'espace de deux ans, en dépit de mes examens, les plus minutieux, je ne pus constater chez mon client, aucune manifestation de syphilis.

Prenant alors en considération le cours de la syphilis chez le malade, ensuite le traitement mercuriel sérieux et prolongé, qu'il avait suivi, puis m'appuyant sur ma surveillance minutieuse de deux ans, j'autorisai M. J. N. N. à se marier, ce qu'il fit en 1886.

Neuf mois après le mariage, naît un enfant à terme, parfaitement bien portant et bien constitué, qui excepté une eczéma facial insignifiant qui se manifesta plus tard, n'eut aucune maladie, et sa nourrice resta bien portante durant toute l'époque de l'allaitement. La mère de l'enfant était également bien portante, quoique tant soit peu nerveuse. Un an après leur mariage, les époux durent se séparer pour des causes indépendantes de leur santé et M. J. N. N., qui aimait beaucoup sa femme, en resta séparé trois années durant. Il fit tout en son pouvoir pour se vaincre, évitant le coït, mais la nature prit enfin le dessus... Souffrant de pollutions, il eût au mois de décembre (15), pour la première fois pendant ces trois années, des rapports sexuels avec une femme dont l'état de santé lui resta inconnu. Le lendemain, le mari regrettant ce qui s'était passé et redoutant une infection, se mit à examiner son pénis et continua à le faire quotidiennement mais, n'y trouvant rien *de suspect*, il finit par se tranquilliser complètement. Ce n'est que le 12 janvier 1890, qu'il constata, à son grand effroi, sur la racine du pénis et à la région du pubis deux croûtes sèches,

qu'il commença par enduire de cold-cream, puis qu'il lava, sans faire plus. Quelque difficile qu'il lui fût de quitter ses occupations, il vint en hâte me trouver à Moscou, le 24 janvier, pour me consulter.

Il me fut impossible d'admettre les ulcérations pour des *chancres mous*, car l'aspect des bords et de leur fond, d'habitude si caractéristique pour le chancre simple, témoignaient dans le cas actuel contre ce dernier. Les bords des ulcérations s'effaçaient pour ainsi dire, sans être à pic, ni inflammatoires, et passaient presque immédiatement dans les téguments sains de la région du pubis et du pénis. La base d'une de ces ulcérations était d'un rouge violet, unie, tandis que la base de l'autre, était couverte d'un voile mince et grisâtre. Quand à la sécrétion de l'ulcération, elle était minime et on y constate après sa détersion, qu'elle était *séro-sanieuse*, à peine remarquable. En palpant les bords et la base des ulcérations on sentait une *induration très prononcée*. Voilà les raisons qui nous empêchaient de confondre les ulcérations dont il s'agit avec les chancres simples. Il était encore moins possible de les confondre avec les *gommes syphilitique ulcérées*. Pendant la durée de mon service à l'hôpital du Miasnitzkaja (plus de 15 ans), j'ai eu occasion d'examiner un grand nombre d'affections gommeuses des organes génitaux, ainsi que de régions avoisinantes chez les deux sexes, mais les ulcérations que je décris étaient d'une nature toute différente de celle des gommes ulcérées. Il était impossible de leur attribuer un caractère gommeux, vu qu'elle se montraient trop superficielles en *forme de soucoupe*, tout à l'inverse des ulcérations provenant de gommes détruites et qui produisent habituellement des cavités sinueuses et les ulcérations se produisant en pareil cas, présentent un fond poreux (ou anfractueux) résultant de la mortification de l'infiltration gommeuse, qui comme on le sait, ne se présente jamais pendant leur marche rapide d'induration. Nous ne nous étendrons pas sur le diagnostic différentiel concernant l'*épithéliome*, vu que malgré l'âge avancé du malade (53 ans) elle ne s'est pas produite à cause du développement rapide des ulcérations, lesquelles atteignirent dans le courant d'un mois la dimension d'une pièce de 20 kopeks.

Il s'élevait néanmoins encore un doute dans l'esprit, nous nous demandions si nous n'avions pas affaire à un *pseudo-chancre induré ?* Mais contre cette supposition parlait, d'une part, la cicatrisation relativement rapide des ulcérations chez notre malade, sans traitement antisyphilitique général, et d'autre part, témoignait contre elle l'*adénopathie inguinale*, laquelle fut suivie plus tard de l'*adénopathie cervicale* et de celle du coude. Il est regrettable, que dans ce cas il ne nous fut pas donné de suivre la *lymphangite dure* du dos de la verge, laquelle se montre très caractéristique dans les chancres

syphilitiques et qui comme l'ont montré mes observations recueillies sur un matériel considérable à l'hôpital Miasnitzkaja, n'existe absolument pas dans les cas de pseudo-chancre induré, et de pseudo-*induration* du prépuce. Comme les ulcérations chez notre patient apparurent juste au-dessus de l'embranchement des lymphatiques du dos du pénis, à leur entrée dans les ganglions lymphatiques inguinaux, il va de soi, que la palpation du *cordon* caractéristique *du dos du pénis* était impraticable dans notre cas, mais ce qui se présentait assez caractéristique pour les chancres indurés des deux aines, c'étaient des glandes lymphatiques indolentes, polyganglionnaires, indurées, en forme de grains de rosaire, qui accompagnaient les deux chancres chez notre malade, et qui comme je l'ai noté dans les observations de ma clientèle privée étaient *absolument disparus.* Donc contre le pseudo-chancre induré, ainsi que contre l'induration anatomique témoignait la sclérose caractéristique des glandes lymphatiques des deux aines. Il ne restait plus qu'à diagnostiquer chez notre malade : *chancres indurés primitifs* (syphilitiques) (1). Afin que le tableau de l'affection fut complet et suivi d'un diagnostic vraiment indiscutable, il ne manquait que l'affection cutanée et celle des membranes muqueuses (syphilides). Quoiqu'il y eut déjà deux mois écoulés, la muqueuse de la bouche était restée intacte et il n'y avait pas de manifestation d'éruption sur le corps. Après la cicatrisation des chancres, le patient séjourna encore trois semaines à Moscou puis ses affaires l'obligèrent à aller rejoindre sa famille à l'étranger ! A son départ, je le prévins *que le coït lui était interdit et qu'il était infectant ;* puis, que malgré l'absence d'éruption, cette dernière pouvait encore apparaître, vu qu'elle était parfois très tardive. En dépit de ce que je viens de citer, le malade restait convaincu qu'il ne se montrera pas d'éruption, *puisqu'il avait déjà eu une fois la syphilis...* En revoyant sa femme après une séparation de 3 ans, il oublia mes recommandations et naturellement mon conseil d'abstinence.

Après un séjour de trois semaines le malade revint en Russie, il fit à son passage à Varsovie une visite au Dr Elsenberg pour le consulter au sujet d'une balanite du pénis, qui était apparue pendant son voyage. Dans sa lettre du 11 avril, le Dr Elsenberg qui s'intéressait à ce cas de réinfection indubitable, me communiquait entre autres ce qui suit : « en examinant aujourd'hui votre malade, j'ai constaté : 1° des cicatrices à la racine du tronc, présentant des traces peu accentuées d'induration parcheminée ; 2° balano-postitis syphilitica ; 3° une roséole

(1) La multiplicité des chancres indurés qui se présentait dans le cas (deux scléroses), ne vient pas à l'encontre du diagnostic de chancres indurés primitifs ; nous observons souvent cette multiplicité dans les infections syphilitiques, pourquoi la possibilité de plusieurs chancres n'existerait-elle pas dans la réinfection syphilitique ?

abondante sur les côtés du thorax, sur les avant-bras et sur les cuisses, ainsi que quelques papules sur les avant-bras; 4° induration des ganglions des aines et des coudes; 5° angine érythémateuse et plaques amygdaliennes.

Le diagnostic de la réinfection syphilitique était indubitable.

Lorsque le patient vint consulter le Dr Elsenberg il ignorait absolument l'apparition de l'éruption et ne put, par conséquent pas déterminer l'époque à laquelle elle s'était montrée après mon examen, qui eut lieu avant son départ pour l'étranger. Ce qui est certain, c'est que l'éruption était tardive et qu'elle est apparue probablement entre le 28 février et le 11 avril. A juger d'après mon examen du malade après son retour de Varsovie le 14 avril, je suppose qu'elle a dû exister 2 à 3 semaines environ; c'est-à-dire qu'elle se serait montrée à la fin du mois de mars, avec un retard de deux mois, à l'inverse de la roséole primitive. Pour ce qui est de l'opinion, exprimée par Sigmund que avec la réinfection syphilitique les attaques de syphilis sont plus faibles, cette opinion n'est pas confirmée dans notre cas, bien au contraire, l'affection cutanée et celle de la muqueuse de la bouche étaient *bien plus fortement prononcées* la seconde fois, qu'elle ne l'avaient été la première fois; c'est un fait dont le malade se souvient parfaitement lui-même.

A mon examen du malade le 14 avril, je constatai chez lui des indurations persistantes au siège des deux ulcérations : je constatai de plus : une adénopathie généralisée, puis une roséole syphilitique avec les petites taches fortement accentuées, qui s'accompagnait d'une quantité insignifiante de papules lenticulaires disséminées sur la face interne des avant-bras, ainsi que sur les parties latérales de la poitrine. Je constatai encore chez le malade une angine érythémato-papuleuse syphilitique et des plaques buccales et labiales.

L'ensemble de tous ces accidents ne laissait nul doute qu'ils appartenaient à la période de la syphilis dite condylomateuse; de plus, le récit du malade nous permet d'affirmer que la syphilis avait été contractée par lui à nouveau après la guérison préalable de sa première infection.

L'observation ultérieure de notre malade a montré ce qui suit : le malade étant au fait de la réalité de son état de santé, et comprenant bien que sa femme avait pu être contagionnée, pendant un temps assez considérable de rapports sexuels, la mit au courant de sa maladie, après quoi elle vint me consulter à Moscou. Je constatai chez elle une *sclérose* cicatrisée de la grande lèvre gauche, un *œdème dur* caractéristique, plusieurs petites plaques plates sur la surface interne des petites lèvres, une adénite fortement accentuée des régions inguinales, *principalement du côté gauche*, et aussi de l'adénite du cou. Les glandes lymphatiques sous-maxillaires de même que celles des

coudes étaient normales. Sur le corps se remarquait la roséole et on constatait des papules sur le cuir chevelu. Sur la lèvre inférieure s'observait une plaque, de couleur nacrée et une plaque semblable se montrait sur la commissure droite des lèvres.

Toutes les manifestations précitées, ne laissaient nul doute sur le fait que le malade avait infecté sa femme de la syphilis, et ce qui en était une preuve nouvelle, c'est que les ulcérations primitives de notre patient, sur la verge, étaient des ulcérations indurées et que la roséole n'était pas accidentelle, mais parfaitement un érythème syphilitique de la période condylomateuse.

Le malade souffrit lui-même durant l'été de la même année, d'une récidive sous forme de *psoriasis palmaris syph.* pour laquelle il se traita au Caucase (1), où il prit des bains soufrés et fit des frictions ; après quoi le psoriasis disparut.

Le cas qui vient d'être mentionné est à mon avis, un cas de *réinfection indubitable*, toutes les exigences scientifiques exigibles des syphilodologues contemporains se trouvant réunies.

(1) Le malade fut soumis an traitement sous l'observation du Dr S.-F. Kracht.

UN POINT DE PRATIQUE.

Par M. le professeur **A. Fournier** (1).

Quelle conduite doit tenir le médecin dans le cas où, consulté par une femme qui vient lui demander « ce qu'elle a », il trouve cette femme affectée de syphilis?

A première audition, il pourrait sembler que cette question n'est pas de celles qui comportent un embarras sérieux. De prime abord on est tenté de répondre : Mais une situation de ce genre est des plus simples ; le médecin n'a qu'à satisfaire à ce qu'on lui demande, à savoir : 1° formuler suivant les indications du cas particulier, un traitement à cette femme ; — 2° lui dire le nom de sa maladie, puisqu'elle le réclame, puisqu'elle désire — et fort légitimement — être éclairée à ce sujet ; — le lui dire, bien entendu, avec tous les ménagements de convenance usuelle, mais enfin le lui dire.

Or, si peu qu'on réfléchisse à la situation, on ne tarde guère à revenir sur cette impression du premier moment. Car, tout aussitôt, naît en l'esprit l'appréhension suivante :

« Mais si, par hasard, cette femme était une femme mariée ! Lui dire qu'elle a la syphilis, n'est-ce pas, *ipso facto*, lui révéler une faute de son mari? Et, alors, la déclaration que l'on va lui faire de sa maladie n'est-elle pas de nature, d'une part, à jeter dans le cœur de cette femme un chagrin profond, à devenir entre elle et son mari l'origine d'une désunion, d'un scandale domestique, voire peut-être d'un procès en séparation, d'un divorce ? » Et, en effet, que de fois n'a-t-on pas vu, que de fois n'ai-je pas vu, pour ma seule part, la transmission de la syphilis du mari à la femme servir de point de départ à de si regrettables conséquences ?

De sorte que la situation faite au médecin dans un cas pareil est en réalité, beaucoup moins simple qu'on ne serait tenté de le supposer au premier abord. Elle est même, tout au contraire, des plus difficiles, des plus délicates, voire périlleuse, et périlleuse à des points de vue divers, comme vous en jugerez par ce qui va suivre.

De cela, voici quelques preuves empruntées à la pratique courante.

Tel de nos confrères, consulté dans ces conditions par une femme mariée, formule un traitement mercuriel à cette femme, et, interrogé par elle sur la nature de son mal, lui répond : « C'est la syphilis ». — Le lendemain arrive chez ce médecin le mari de cette femme qui, furieux, se répand en reproches amers, invective presque notre confrère et lui dit : « Quoi ! vous avez commis hier l'imprudence de déclarer à ma femme qu'elle avait la vérole, et, cela, sans me consulter, sans demander à me

(1) Leçon professée à l'hôpital Saint-Louis et recueillie par le Dr P. Portalier.

voir, à conférer avec moi sur ce qu'il eût été possible de faire pour dissimuler une faute que je confesse ! Qu'est-il arrivé de par votre fait, autant que de par le mien ? C'est qu'en rentrant de chez vous, ma femme m'a fait une scène épouvantable ; c'est que, quelques heures plus tard, en mon absence, elle s'est enfuie de chez moi et s'est réfugiée chez ses parents. Voilà mon ménage brisé ; voilà, grâce à vous, mon avenir et celui de ma femme compromis, avec menace de procès, de séparation, que sais-je ?... » etc., etc.

Tel autre confrère, inversement, dissimule à sa cliente la nature de son mal qu'il affuble d'un pseudonyme inoffensif. Qu'advient-il ? C'est que forte de cette assurance, la malade, qui devait la syphilis à un amant, se livre quelques jours après à son mari et communique la syphilis audit mari. — De cela vous préjugez les suites.

Voici enfin un autre ordre tout spécial de mésaventures médicales sur lequel — et pour cause — nous aurons bientôt à revenir, mais dont un exemple doit immédiatement trouver place ici. — Un médecin des plus distingués (c'est lui-même qui m'a raconté le fait en me permettant de le reproduire) est consulté par une femme mariée qu'il trouve en état de syphilis naissante. Dans une intention bienveillante et « pour arranger les choses », il tait à cette femme le nom du mal et va s'en expliquer avec le mari qu'il croyait avoir le droit de considérer comme « le seul coupable possible » en l'espèce. Stupéfaction du mari, qui, comme le précédent, n'était pas l'auteur de la contagion ; déconvenue affreuse dudit confrère et colère abominable de la femme, ainsi compromise par ce même confrère. Je vous laisse à penser quelles habiletés de diplomatie dut déployer le médecin en question pour « raccommoder les choses », rétablir la confiance du mari, et réparer somme toute les néfastes conséquences de sa fausse manœuvre.

Donc, vous le voyez de reste, la route est ici semée d'écueils. Des fautes, de grosses fautes peuvent être commises. Comment s'en préserver ? C'est là ce que je me propose d'étudier devant vous dans cette conférence.

I

En réalité, il y aurait un excellent moyen de se tirer d'affaire par rapport aux difficultés de tout genre que présente la situation. Ce serait de ne pas tenir compte en principe de tous les embarras possibles qu'elle comporte, d'agir comme s'ils n'existaient pas, de s'en désintéresser absolument.

Et, en effet, on pourrait dire ceci :

« Après tout, les considérations qui rendent délicate, difficile, en pareil cas, la conduite du médecin, ne me regardent pas. Je suis médecin et j'entends n'être que médecin. Comme tel, je ne suis appelé que pour constater des symptômes et prescrire des remèdes. Or, une femme se présente à moi avec la syphilis et me demande ce qu'elle a. Je n'ai que deux choses à faire : lui prescrire contre son mal les remèdes que je juge devoir lui être utiles et lui dire ce qu'est ce mal. Je n'ai pas à me préoccuper des conséquences extra-médicales qui peuvent résulter de ma déclaration. Ces con-

séquences, assurément je les déplore, mais les conjurer n'est pas mon affaire. Mon rôle n'est pas de m'astreindre à tromper une femme pour innocenter un mari coupable. Or, je n'ai pas à prendre souci de ce qui est en dehors de mon rôle de médecin. »

Trouvez-vous, Messieurs, au point de vue strictement médical, quelque objection à faire à ce raisonnement ? Pas la moindre, n'est-ce pas ? Quel reproche adresser à ce confrère ? Sa conduite a été correcte ; il est inattaquable en tant que médecin ; au total, rien à lui dire.

Rien à lui dire ; et cependant personne, ni ici, ni ailleurs, n'agréerait ce programme ; personne ne se condamnerait en principe à ce rôle indifférent. Et pourquoi ? Parce que chacun sent qu'il y a là autre chose à faire, de plus complet, de plus digne ; — qu'il y a là, en certaines circonstances données, un effort bienfaisant, charitable, à tenter, une sorte d'office de sauvegarde à remplir, dont nous parlerons dans un instant.

Certes, personne n'est astreint à faire plus que son devoir ; et c'est à ce point de vue que le médecin qui conformerait sa conduite au programme susdit resterait inattaquable. Mais il n'est *pas défendu* de faire plus que son devoir, et la conscience prescrit souvent de l'excéder. Prendrai-je un exemple pour bien déterminer ma pensée ? L'aumône n'est pas une obligation officielle et enjointe par les lois ; mais tant pis pour qui s'en dispense, et il n'est personne qui entende s'en dispenser.

Eh bien, ce principe qui n'est pas à développer, parce que chacun l'a dans le cœur, ce principe, dis-je, trouve son application dans la situation toute médicale que nous étudions actuellement.

Et comment cela ? Le voici :

Il peut se faire que la femme qui vient nous consulter de la sorte pour une syphilis soit une femme mariée. Lui révéler la nature de son mal, c'est du même coup dénoncer la syphilis et la faute du mari. Car de qui voulez-vous que cette honnête femme tienne son mal, si ce n'est de son mari ? Lui dire qu'elle a la syphilis, c'est lui dire : Votre mari vous a donné la syphilis.

Or, vous savez les tristes, les lamentables conséquences possibles d'une telle déclaration ; humiliation de la femme, offensée dans sa dignité d'épouse, blessée dans ses affections les plus chères, souillée d'une maladie qu'elle considère comme ignoble ; discussions et disputes domestiques ; possibilité d'une dislocation du ménage, soit tacite et amiable, soit judiciaire et bruyante, avec retentissement inévitable du désastre conjugal sur des enfants déjà nés, etc., etc. Eh bien ! toutes ces conséquences, il dépend du médecin de les conjurer. Oui, le médecin a le pouvoir de les prévenir, puisque, dans les conditions actuelles, c'est son diagnostic, sa parole qui font foi. En se taisant sur la nature de la maladie, au besoin en la dissimulant, il peut sauver ce ménage de l'orage qui le menace, l'empêcher de sombrer.

Or, cet office salutaire, bienfaisant, le médecin a-t-il le droit — le droit moral, bien entendu — de s'y soustraire ? Non, je crois, parce que son diplôme ne le dispense pas des obligations humanitaires auxquelles tout homme de cœur est astreint par sa conscience.

Voyons, en effet, quelles raisons aurait le médecin de se soustraire à cette bonne action.

Serait-ce la nécessité où il se trouve de dissimuler, de mentir (pour appeler les choses par leur nom) ? Mais, notez bien ceci : Ce qui fait la honte, la culpabilité du mensonge, c'est l'intérêt qui y pousse, le bénéfice qu'on en tire. Or, dans le cas présent, le mensonge du médecin est désintéressé par excellence, puisque celui qui le commet est celui qui n'a pas à en profiter.

Serait-ce la crainte que, non avertie de son mal, la femme en question restât exposée à le transmettre inconsciemment à son entourage, à ses enfants, par exemple, dans les mille rapports de la vie domestique ? Légitime et prévoyante appréhension, sans doute ; mais appréhension non motivée, car, sous un prétexte quelconque, qu'il saura bien trouver, le médecin tiendra cette femme en garde contre le danger de semblables contaminations.

Serait-ce cette autre crainte que cette femme ne fût pas traitée, inconsciente de sa maladie, comme elle le serait si elle avait été renseignée sur son état ? En principe, cela ne fait pas question. Car, il est bien entendu que, si l'on dissimule son mal à cette femme, ce n'est pas en vue de profiter de son ignorance pour ne pas la traiter. Ne pas la traiter comme elle doit l'être serait une infamie, une monstruosité, un crime, dont aucun médecin ne se rendrait jamais coupable. Pas d'hésitation sur ce point ; et même, si nous cachons la vérité à cette femme, ce sera une raison de plus pour que nous employions tous nos efforts à ce qu'elle soit traitée aussi bien, aussi longtemps, aussi assidûment qu'elle le serait en des conditions opposées.

De sorte que, réserves faites pour les cas d'exception où se trouverait une contre-indication à la règle, nous pouvons poser ceci comme résultat de la discussion qui précède :

Toutes les fois que, consulté en pareilles conditions, le médecin croira ou pourra croire qu'il y a un intérêt respectable à sauvegarder en taisant à sa cliente le nom du mal dont elle est affectée, il sera autorisé vis-à-vis d'elle à ce que j'appellerai une réticence, voire une dissimulation bienfaisante.

Et j'ajouterai même : Non seulement il y sera autorisé moralement ; — mais cette conduite s'élèvera pour lui en certains cas au rang d'une véritable *obligation professionnelle*.

II

Voilà pour le principe.

Mais encore en faut-il régler l'application.

La scène, vous la connaissez. C'est une femme qui vient nous consulter dans notre cabinet. Nous reconnaissons sur elle une syphilis récente, soit, par exemple, un chancre syphilitique non douteux, une roséole, des plaques muqueuses. Cette femme, tout naturellement, attend de nous un traitement, et, en plus, nous demande « ce qu'elle a ».

Qu'allons-nous faire ? Qu'allons-nous répondre ?

Allons-nous indifféremment, dans tous les cas, nous efforcer de traiter la malade en lui taisant le nom de sa maladie ou en la trompant à ce sujet ? Ce serait là pure folie.

Car, s'il est des cas où la réticence sur la nature du mal répond à un intérêt véritable, il en est d'autres, il en est bien davantage où cette même précaution serait inutile, absurde, voire dangereuse. Je m'explique.

Le médecin, de par une raison ou une autre, de par les déclarations de la malade, voit, ou croit voir, qu'il a affaire à une femme mariée. C'est le cas, manifestement, d'user de précautions, de se tenir sur la réserve, d'attendre un incident de conversation qui l'édifiera mieux encore sur l'état social de sa cliente. Finalement, il sait à quoi s'en tenir. C'est une femme mariée qui, très vraisemblablement ou sûrement, vient de recevoir la contagion de son mari. Nous avons là les conditions typiques où le silence, la réticence sur la nature de la maladie s'impose comme une indication précise.

Inversement, votre cliente est, de toute évidence, une « irrégulière », une femme du demi-monde ou, pis encore, ce qu'on appelle dans le style du jour une « cocotte », une « horizontale », etc. La réticence, la dissimulation sur la nature de son mal avec une femme de cette catégorie serait aussi déplacée, aussi peu motivée que possible. Certes, je ne vous donne pas le conseil de dire brutalement à cette femme ce qu'elle a, car le médecin est tenu à des ménagements avec tous ses clients et surtout avec une femme, quelle que soit cette femme.

Mais je vous dis que votre devoir professionnel est de déclarer à cette femme, avec tous les adoucissements de circonstance, qu'elle est affectée d'une maladie qu'elle a reçue par contagion, et que cette maladie est ce qu'on appelle la syphilis.

Ce que je vous recommande non moins expressément d'ajouter, c'est que cette maladie est de l'ordre de celles qui se transmettent facilement par les approches sexuelles ; qu'elle peut produire dans l'avenir, comme dans le présent, divers accidents d'ordre contagieux ; donc, que, dans son intérêt comme dans celui des sujets qui pourraient la fréquenter, cette femme a l'obligation absolue, étant donnée la maladie dont elle vient d'être atteinte, de se surveiller avec un soin rigoureux et de s'abstenir de toute espèce de rapports, d'abord jusqu'à la guérison complète des accidents actuels, puis, au delà, au moindre retour d'accidents suspects.

Ne pas dire cela et tout cela à une femme de cette catégorie, *à fortiori* lui dissimuler sa maladie ou l'atténuer sous un pseudonyme quelconque, est une faute médicale, voire une faute grave, attendu que la femme en question qui vit de sa beauté, est, par cela même, destinée professionnellement à disséminer autour d'elle le germe de son mal.

Et ne vous étonnez pas que j'insiste sur de telles vérités. C'est qu'en effet des infractions à ces préceptes si simples se présentent en pratique d'une façon commune. Il est fréquent d'entendre dire à des femmes qui — à leur grand regret, à leur grand détriment — ont transmis la syphilis à leur amant : « Mais je ne savais pas ce que j'avais ; mais on ne me l'avait pas dit ; sans cela je me serais abstenue, etc. ». Que toutes les femmes qui tiennent de tels propos ne soient pas sincères, je l'accorde ; mais ce qui m'assure de la sincérité d'un certain nombre, c'est qu'il en est qui avaient tout à perdre en transmettant la syphilis à l'homme qu'elles ont contaminé.

Un exemple du genre :

Une jeune femme, très richement entretenue par un diplomate étranger, contracte un chancre syphilitique d'un amant intercurrent pendant l'absence de l'amant titulaire. Elle consulte un de nos confrères qui reconnaît bien la maladie et prescrit un traitement spécifique, mais qui (je ne sais pour quelle raison) laisse ignorer à cette femme la nature de son mal et même le qualifie, assure-t-elle, d'affection dartreuse. — Retour du titulaire auquel se livre la jeune femme non encore guérie, mais pleinement rassurée par le dire de son médecin. — Tout naturellement, contamination dudit titulaire, lequel, en plus, marié, transmet la syphilis à sa femme.

« Vous pensez bien, m'a répété vingt fois cette jeune femme, que, si j'avais su ce que j'avais, je n'aurais pas été assez stupide pour risquer d'infecter mon amant et par là de perdre, comme je l'ai perdue, ma position. » On peut l'en croire.

Donc, au point de vue tout spécial qui nous occupe, il est deux catégories de clientes :

L'une, celle des « irrégulières », auxquelles il importe, au nom de la santé publique, de dénoncer leur maladie avec les dangers qu'elle comporte ;

L'autre (et celle-ci bien plus restreinte numériquement), composée de femmes auxquelles, pour les raisons que vous connaissez, il convient ou il peut convenir de dissimuler la nature de leur maladie.

III

Mais s'il en est ainsi, allez-vous me dire et avec toute raison, il faudra donc que le médecin, consulté par une femme affectée de syphilis, établisse par devers lui un diagnostic sur la *qualité de la personne* à laquelle il a affaire, afin de savoir comment il devra régler sa conduite.

Eh bien, oui, vous répondrai-je, c'est là précisément le genre de diagnostic tout spécial qui vous incombera en pareille occurrence. Et de cela ne soyez pas surpris plus qu'il ne convient. C'est qu'en effet, dans une foule de circonstances de la vie médicale, il ne suffit pas au médecin de connaître et d'appliquer sa pathologie ; il faut, en outre, qu'il fasse appel à ces qualités de l'homme du monde qui s'appellent le discernement, le tact, la prudence, le flair, l'appréciation exacte des hommes et des choses, j'allais presque dire la diplomatie.

D'ailleurs, que le diagnostic en question ne vous effraye pas trop. En réalité, il est des plus simples ; il saute aux yeux dans la grande majorité des cas. Ah ! sans doute, il pourra se présenter quelques cas d'appréciation délicate, alors surtout que, dans notre société actuelle, le monde des honnêtes femmes et celui des femmes galantes tendent à se confondre par tant de côtés extérieurs, la toilette, les allures, l'habitus général, voire quelquefois le langage..... Mais soyez tranquilles, les difficultés de cet ordre ne vous arrêteront pas souvent, et, neuf fois sur dix pour le moins, vous saurez dès les premières minutes d'entretien à qui vous avez affaire.

Donc, passons sur ce point, car là n'est pas la difficulté. La difficulté, nous y arrivons, la voici :

Vous êtes fixé, je suppose, sur la qualité de votre cliente, soit que vous la connaissiez déjà, soit qu'elle fasse partie de votre clientèle, soit que d'elle-même elle se soit fait connaître, soit que discrètement et habilement vous vous soyez renseigné sur son compte. C'est une femme honnête, une femme mariée, et il ressort de l'entretien que vous venez d'avoir avec elle que cette femme tient la syphilis de son mari, au moins suivant toute vraisemblance. Vous pensez donc qu'il y aurait tout avantage pour elle, pour son mari, pour tout le monde, à ce qu'elle reste ignorante du mal spécial dont elle vient d'être infectée. Et cependant cette femme est là qui, d'une part, attend de vous une ordonnance et, d'autre part, vous demande ce qu'elle a. — Qu'allez-vous faire ?

Ah ! voilà, par exemple, où il est permis d'être embarrassé, où même les médecins les plus experts, les plus habitués à ce genre de difficultés pratiques, se sentent mal à leur aise, indécis sur la manœuvre et au total fort perplexes.

Eh bien, essayons de nous inspirer de l'expérience d'autrui.

A en juger par ce que j'ai vu, la plupart de nos confrères ont recours, en pareille situation, à tel ou tel des procédés suivants :

1° Les uns formulent une ordonnance où le mercure (remède à nom révélateur) se trouve masqué sous un pseudonyme quelconque, sans signification propre à éveiller le soupçon, tel que hydrargyre, ou bien pilules de Dupuytren, sirop de Gibert, pilules bleues, etc.; et, d'autre part, ils esquivent le diagnostic que réclame la cliente, en le dissimulant sous une appellation fantaisiste, telle que herpès, eczéma, dartre, ulcère, ecthyma, etc.

2° D'autres usent de tels et tels autres stratagèmes pour dissimuler le remède accusateur. Ils formulent, par exemple, le mercure et l'iodure sous leurs initiales chimiques (Hg — KI) qui, sûrement, ne seront pas comprises par leur clientes.

3° Celui-ci, plus prudent encore, formule des pilules ou un sirop sous un numéro quelconque et désigne un pharmacien où, dit-il, ce remède se prépare spécialement ; puis il écrit en cachette au pharmacien d'avoir à délivrer sous cedit numéro des pilules mercurielles ou un sirop ioduré.

4° Tel autre encore (cela plus rarement) se charge, sous quelque prétexte, de faire préparer le remède nécessaire, et de l'adresser à domicile.

Et ainsi de suite.

Tous ces stratagèmes ont du bon et peuvent réussir. Ils ont même réussi nombre de fois, comme j'en ai eu la preuve. Toutefois, il est à peine besoin d'ajouter que ces diverses « habiletés » ne sont pas toujours applicables ; puisqu'elles sont de nature, par leur seule singularité, à éveiller le soupçon ; et qu'enfin elles seront facilement dépistées par une femme un peu maligne (et quelle femme ne l'est pas plus ou moins ?) qui s'en ira à de plus expertes présenter son ordonnance et se renseigner à son sujet.

De sorte qu'il faudrait trouver mieux, tout au moins essayer de trouver mieux.

Eh bien, comme pratique sinon générale, au moins appliquable en certains cas, il est un procédé tout différent auquel j'accorde la préférence et que je dois maintenant vous signaler.

Sommairement et théoriquement, ledit procédé consiste en ceci :

Se décharger sur le mari du soin de tenir cachée à sa femme, dans la mesure du possible, la nature du mal qu'elle a reçu de lui.

C'est-à-dire, d'une façon quelconque, entrer en relation avec le mari et lui remettre le soin de se tirer de la situation présente au mieux, non pas seulement de ses intérêts propres, mais des intérêts de la communauté, à savoir de sa femme, de lui-même, de ses enfants.

C'est bien le moins, puisque le mari est l'auteur du mal, qu'il s'emploie à le réparer. C'est lui, d'ailleurs, le mieux placé pour diriger la manœuvre qui va suivre dans ses menus détails. Et, comme il est d'autre part le plus intéressé au succès de cette manœuvre, nous pouvons en toute confiance compter sur lui.

Cela est fort bien en théorie, allez-vous dire. Mais, en pratique, comment allez-vous vous y prendre?

Très simplement ; seulement c'est ici le cas ou jamais d'user de prudence, et de jouer serré, comme vous allez en avoir la preuve.

D'abord, je m'abstiens de remettre à ma cliente, dès sa première visite, une ordonnance qui pourrait être accusatrice. Je me borne à prescrire un traitement local, sans formuler d'emblée le remède dénonciateur par excellence, à savoir le mercure. Puis, sous un prétexte quelconque, je demande à ma consultante de me mettre en rapport avec son mari. Voilà le grand point. Quant à ce prétexte, il n'est pas difficile à trouver. Je dirai à cette femme, par exemple, « que certains points de sa maladie ne me paraissent pas suffisamment clairs et que je désirerais à ce sujet causer avec son mari ». Ou bien encore : « J'aurais à vous faire quelques recommandations toutes spéciales relativement à votre maladie ; mais il est des choses qu'on ne peut guère dire à une jeune femme et qu'on dit bien plus facilement à un homme ; envoyez-moi donc votre mari. »

Si la femme est innocente, j'entends si c'est bien de son mari seul qu'elle tient la contagion, vous pouvez être presque sûrs que ledit mari sera chez vous dès le lendemain.

Et alors ? — Et alors je dirai ceci au mari :

« Monsieur, j'ai eu l'honneur d'être consulté, hier, par votre femme, et j'ai découvert sur elle des lésions singulières dont je n'ai pas voulu m'expliquer avec elle sans vous avoir vu. Ces lésions sembleraient attester une contagion qui, naturellement, ne peut dériver que de vous. Dans ces conditions je ne pouvais rien dire à Madame avant d'avoir conversé avec vous et su de vous ce que je dois faire et dire. »

Dix-neuf fois sur vingt, vous n'avez pas achevé ce petit discours que déjà le mari vous prodigue ses remerciments, suivis de la confession attendue : « C'est bien vrai ; il a eu le malheur de contracter la syphilis ; mais il ne savait pas ce qu'il avait, ou bien il se croyait guéri, et il est désolé, navré, d'avoir pu transmettre une telle maladie à sa femme. » —

« Eh bien, reprenez-vous, dans ces conditions que voulez-vous maintenant que je dise à Madame ? » —

« Mais, cher Docteur (car vous êtes déjà le *cher* Docteur pour tout client qui a besoin de vous), ce que je veux, ce dont je vous supplie instamment, c'est de laisser ignorer à ma femme la nature de sa maladie. Car vous jugez de sa trop juste fureur contre moi, de ses récriminations et de ce qui pourrait suivre. Donc faites au mieux de mes intérêts, de nos intérêts, veux-je dire; traitez ma femme, mais, je vous en supplie encore, ne lui dites rien de sa maladie ; car tout est là pour moi, pour notre ménage, pour nos enfants, etc. »

Dans ces conditions, vous voici dès lors maître de la situation ; — et, si vous m'en croyez, vous continuerez dans ces termes :

« Eh bien, monsieur, venez demain avec madame. Je l'examinerai de nouveau devant vous et je vous remettrai l'ordonnance que vous ferez exécuter vous même. Je ne demande pas mieux que de devenir votre complice pour faire en sorte que madame ne se doute jamais de la maladie qu'elle tient de vous, maladie que nous décorerons d'un pseudonyme quelconque ; mais vous comprenez que c'est à vous, pour le présent comme pour l'avenir, et cela dans l'intérêt commun de votre ménage, de votre femme, de vos futurs enfants, de me faciliter la tâche, de veiller à ce que le traitement de madame se poursuive durant tout le temps nécessaire et avec toute la rigueur voulue ».

Tel est, messieurs, le procédé.

Théoriquement, il est bon ; cela n'est pas contestable. Mais pratiquement, quelle en est la valeur ?

Ce que j'en puis dire, c'est qu'il m'a réussi maintes et maintes fois ; c'est qu'après expérience je le juge préférable à tout autre, et cependant, certes, je suis le premier à en convenir. il n'est pas parfait. Mais comment trouver en l'espèce un procédé parfait, une méthode capable d'innocenter à coup sûr le mari coupable et de ne laisser aucun soupçon à la femme ? En tout cas, c'est là ce que j'ai trouvé de mieux.

Seulement (oh ! il y a un gros seulement), c'est là un procédé qui, avant d'être mis en pratique, exige une précaution dont je vous ai parlé et sur laquelle je dois revenir actuellement. Vous allez juger si, en pareille situation, il convient, comme je vous le disais, de *jouer serré*.

Avant d'entrer en conférence avec le mari pour lui dénoncer la syphilis de sa femme, soyez bien sûrs de ce que vous allez faire. Soyez bien sûrs que c'est du mari seul et non d'un autre que la femme tient la contagion. Car, au contraire, vous préjugez le joli résultat de votre démarche près du mari ! Cette démarche équivaudrait à lui dire : « Votre femme a la syphilis ; et, comme vous ne l'avez pas vous-même, c'est donc *d'un autre* qu'elle l'a reçue ».

Comment se tenir en garde contre une aussi effroyable bévue ? La chose est simple. En se gardant d'entrer en conférence avec le mari sans l'assentiment exprès de la femme.

De deux choses l'une, en effet :

Ou bien la femme est innocente, j'entends ne peut tenir la contagion que de son mari ; et alors elle n'aura aucune raison pour décliner ladite conférence, puisqu'elle n'a rien à en craindre ; ou bien, au cas contraire, elle se gardera bien d'accepter votre offre ; vous pouvez être tranquille, jamais

elle ne vous enverra ledit mari, et vous saurez par cela seul à quoi vous en tenir. Quelquefois même, dans ce dernier cas, il arrivera ceci : c'est qu'effrayée de votre proposition, y devinant ou croyant y deviner un danger de contagion pour son mari, elle entrera séance tenante dans la voie des aveux, en vous demandant s'il n'y a rien à craindre pour son mari du mal qu'elle a reçu d'un autre.

Un exemple du genre, le dernier qui se soit présenté à moi.

Il y a quelques mois, arrive chez moi une belle jeune femme, sur laquelle je constate un chancre induré tout récent. A son allure, à sa distinction, à ses manières j'avais soupçonné une femme du meilleur monde et une femme mariée. Sur ce premier point, je ne m'étais pas trompé. Mais aussi à sa candeur, à son air d'innocence, j'avais cru à une femme honnête, et, sur ce point, j'avais été moins bien inspiré.

Mon diagnostic pathologique institué, préjugeant que cette jeune femme d'apparence si pure ne pouvait tenir la contagion que de son mari et qu'il y avait là quelque chose d'utile à faire en lui dissimulant la nature de sa maladie, je la priai, sous un prétexte quelconque, de m'envoyer son mari.

« Je désirerais, lui dis-je, conférer avec Monsieur votre mari relativement au mal dont vous êtes affectée et dont je ne m'explique pas certains symptômes. Ayez donc la bonté de me l'adresser. » — A cette proposition inattendue; je vois encore cette femme rester silencieuse un bon moment comme rêveuse, puis me dire :

« Mais, est-ce que ma maladie serait contagieuse ? Est-ce qu'il y aurait quelque chose à craindre de moi ? En ce cas, Monsieur le Docteur, je préfère tout vous dire. Ce n'est pas mon mari que je vous enverrai demain, mais le seul homme qui, en dehors de mon mari, ait pu me donner le mal que j'ai. » Et le lendemain, en effet, je recevais la visite d'un *ami* du mari affecté de syphilis secondaire.

Et maintenant, concluons :

Se décharger sur le mari du soin de tenir cachée à sa femme, la nature de la maladie dont cette femme est affectée, tel est le procédé que je crois devoir, en l'espèce, vous recommander comme le meilleur.

Mais ne recourir à ce procédé qu'à bon escient, c'est-à-dire après le consentement dûment obtenu de la femme ; — consentement équivalant à ce témoignage que la femme n'a rien à redouter d'une telle démarche.

Cela dit, je ne vous dissimulerai pas que le procédé dont je viens de vous parler a soulevé plusieurs objections ; — objections bien naturelles, que, tout le premier, je me suis adressées à moi-même, que j'ai méditées dans mon for intérieur, avant d'aboutir à la ligne de conduite à laquelle j'ai donné la préférence.

On a dit d'abord : confier au mari le soin de faire traiter sa femme, c'est exposer cette femme à être sacrifiée. Car, une fois les premiers symptômes effacés, ledit mari s'empressera de rompre avec un traitement qui est naturellement fait pour éveiller le soupçon et dont la prolongation ne manquerait guère de mettre en pleine lumière ce qu'il a le plus à cœur de cacher. Donc la femme sera mal traitée, peu traitée, moins longtemps qu'elle ne doit l'être ; et gare alors aux accidents tertiaires !

En second lieu, on reproche une inconséquence à la méthode.

« En pareille situation, dit-on, c'est-à-dire à propos d'une affection génitale, demander à une femme de voir son mari, n'est-ce pas *ipso facto* dénoncer une crainte, n'est-ce pas éveiller par cela même un soupçon dans l'esprit de cette femme, à savoir le soupçon d'une maladie dérivant d'une contagion ? »

Voilà donc, au total, deux objections importantes.

En ce qui concerne la première, je répondrai que, dans les cas où les choses se passent ainsi, la responsabilité incombe *non pas à la méthode*, mais à l'égoïsme odieux du mari. Je sais bien que de semblables faits sont possibles. J'en ai vu et dénoncé de tels dans mes leçons sur *Syphilis et mariage*. Toutefois, je le répète, la responsabilité de faits de cette nature n'incombe pas à la méthode, contre laquelle par suite une telle objection ne saurait prévaloir. Cela est si vrai que j'ai vu cent fois des maris d'un autre ordre moral que les tristes personnages dont nous ne saurions trop flétrir la conduite, faire soigner leur femme, restée ignorante de son mal, aussi bien et plus longtemps que cette femme ne se serait traitée si elle avait eu la pleine connaissance de sa maladie.

Quant à la seconde objection, je n'y vois d'autre réponse à faire que celle-ci, qui n'en est pas une à proprement parler : c'est qu'en l'espèce il est impossible de procéder autrement que nous l'avons indiqué. Car, aurais-je la possibilité de conférer avec le mari sans en avertir la femme, que je me garderais bien de le faire et pour cause ! Donc, c'est à prendre ou à laisser. Il faut, ou bien renoncer à la méthode, ou bien l'accepter avec ce *desideratum*, ce défaut, cette imperfection, dont je conviens tout le premier.

D'ailleurs, puisque je suis sur ce chapitre, il m'est impossible de ne pas ajouter une remarque générale à ce qui précède, remarque qui domine tout notre sujet.

C'est que traiter une femme de la syphilis (et l'en traiter comme il faut qu'elle en soit traitée) sans que jamais elle s'en doute, constitue une utopie, une œuvre surhumaine que personne au monde ne réalisera.

Oui, certes, vous pourrez encore la tromper, si vous vous bornez (ce qui n'arrive, hélas ! que trop souvent) à la traiter pour quelques semaines, pour quelques mois.

Mais, si vous entendez la traiter comme il convient, c'est-à-dire longtemps, c'est-à-dire faire succéder un stade de traitement à un autre, et ainsi de suite, croyez-vous que cette insistance nécessaire ne finira pas par éveiller chez cette femme, si naïve qu'il vous plaise de la supposer, le soupçon, voire la certitude de ce pour quoi vous la traitez ?

Certes, il y a des Agnès de par le monde, mais elles ne sont pas bien communes, Et, par expérience, je suis convaincu de ceci :

C'est que nombre de femmes que leur mari et leur médecin croient tromper en les traitant de la syphilis sous un pseudonyme quelconque et avec des remèdes aussi innocentés que possible, ne sont en rien dupes du stratagème après un certain temps ; — et qu'elles se laissent soi-disant tromper, parce qu'il leur plaît de paraître ne rien savoir, parce qu'il convient à leur dignité de sembler ignorer ce qu'elles ne sauraient pardon-

ner. Auquel cas, bien plus souvent qu'on ne le pense, la naïveté est non pas du côté de la femme, qui sait parfaitement à quoi s'en tenir sur son mal, mais du côté du médecin et du mari.

Peut-être bien me direz-vous alors : Mais, s'il en est ainsi, à quoi bon tout ce qui précède? Vous auriez pu nous épargner tout cela pour aboutir à une telle conclusion.

N'exagérons rien, messieurs, non plus dans un sens que dans un autre. Je ne vous ai pas dit, en commençant cette étude, que l'intervention médicale serait toujours et infailliblement suivie des résultats qu'elle poursuit en intention. Je ne vous ai pas promis monts et merveilles à ce sujet. Je vous ai seulement et plus modestement annoncé qu'elle peut être *utile en certains cas*. Or, je crois, d'une part, avoir établi en quelles conditions précises peut s'exercer ici l'intervention du médecin, et vous avoir signalé, d'autre part, les bienfaisants résultats auxquels elle peut aboutir.

Il n'est pas à douter que, pour un certain nombre de cas, l'office du médecin ne soit efficacement salutaire, et cela en jetant le voile sur une faute du mari, en prévenant des désunions plus que motivées, avec les tristes conséquences sociales qui peuvent en dériver.

Cela, je vous l'ai dit, et je ne m'en démens pas. Je m'en démens si peu que je sens le besoin de l'affirmer encore par une dernière considération.

Ce qu'il faut, en effet, dans ces sortes de cas, ce qu'il faut surtout, à tout prix, c'est *amortir le premier choc* entre la femme outragée et le mari coupable. C'est là toute l'œuvre, tout le devoir du médecin. C'est l'unique but de ma tâche de vous apprendre à vous interposer pour prévenir le *coup de tête initial* de la femme irritée ; — le coup de tête initial de la femme qui, de par la révélation qui vient de lui être faite, se trouvant humiliée dans sa dignité de femme, se croyant atteinte d'une souillure immonde, devient tout aussitôt affolée, altérée de colère et de vengeance, déserte sur-le-champ le toit conjugal (comme j'en ai déjà vu une demi-douzaine d'exemples) pour se réfugier ou chez ses parents ou dans une maison religieuse, court les hommes de loi (lesquels ne font naturellement qu'envenimer l'affaire) et, finalement, *ab irato*, sollicite la séparation ou le divorce ; — quelquefois pour regretter plus tard, mais trop tard, tous ces élans inconsidérés.

Certes, le médecin ne pourra pas toujours intervenir de la façon que je viens de vous signaler. Il est des cas, nécessairement, où la réticence, la dissimulation, seraient hors de propos, inutiles, voire dangereuses. Tels ceux, par exemple, où la nature de la maladie, devenue évidente de par certaines circonstances spéciales, n'est plus niable ; ceux encore où la gravité imminente d'un accident spécifique (choroïdite, gomme du palais, etc.), implique d'urgence l'appel aux remèdes les plus dénonciateurs (frictions mercurielles, iodure, etc.). Et de même pour d'autres encore que je passerai sous silence.

Mais je maintiens (et ce sera mon dernier mot) que, dans tous les cas où le praticien trouvera l'occasion d'agir comme je l'ai dit, il devra conformer sa conduite aux principes précités ; et cela, pour le grand bien de tous, du mari, de la femme, des enfants ; et, cela, en vue d'intérêts domestiques et sociaux qui ne sont pas indignes, certes, de la sollicitude du médecin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 28 JANVIER 1892

PRÉSIDENSE DE M. LAILLER

SOMMAIRE. — Pemphigus foliacé primitif avec papillomatose généralisée, par M. QUINQUAUD. (Discussion : MM. ERNEST BESNIER, BROCQ.) — Sur une forme atténuée de la maladie dite ichthyose fœtale, par MM. HALLOPEAU et WATELET. (Discussion : MM. G. THIBIERGE, BROCQ, ERNEST BESNIER, VIDAL, FOURNIER, BARTHÉLEMY.) — Trichophytie des régions à épiderme corné épais (plante du pied, paume de la main), par M. DJÉLALEDDIN-MOUKHTAR. (Discussion : MM. DARIER, FOURNIER, ERNEST BESNIER, FEULARD.) — Un nouveau cas de phthiriase des paupières, par M. L. JULLIEN. — Les déterminations organiques de la syphilis peuvent-elles, dans certains cas, tenir à la nature du virus, celui-ci pouvant alors produire des localisations analogues chez toute une série d'individus contaminés à la même source ? par M. MOREL-LAVALLÉE. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, FOURNIER, ERNEST BESNIER, FERRAS, JULLIEN.) — Note sur l'adénopathie zostérienne, par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : M. BAUDOUIN.) — Observation d'épididymite blennorrhagique terminée par suppuration : examen bactériologique et chimique, par M. J. ERAUD. — Eruption pemphigoïde antipyrinique, par M. PETRINI. — Election.

Pemphigus foliacé avec papillomatose généralisée,

Par M. CH. E. QUINQUAUD.

On s'est évertué, en dermatologie, à décrire avec soin les symptômes objectifs et l'on est arrivé à un certain degré de perfection ; en cela il faut imiter nos maîtres ; mais à côté de ces connaissances superficielles de l'état morbide, il faut pénétrer plus profondément, il est indispensable de savoir comment l'organisme souffre dans la nutrition intime.

Dirigeant notre investigation dans cet ordre d'idées, nous avons, à propos d'un cas de pemphigus foliacé primitif, recherché et analysé les diverses fonctions organiques ; nous les exposerons ultérieurement à la Société ; nous nous contenterons aujourd'hui de montrer la malade qui a servi à nos études, afin que l'on ne puisse pas contester le diagnostic.

Voici l'observation résumée :

Mar..., Angèle, âgée de 46 ans, ménagère, entrée à la salle Gibert, nº 13, le 25 août 1891, habite le département de Seine-et-Oise, et est née dans le département d'Ille-et-Vilaine.

A l'âge de 18 ans, elle eut une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle sont restés quelques troubles de l'estomac ; pas d'autres maladies.

A l'âge de 37 ans, sans cause, comme les règles cessèrent, des malaises survinrent, en même temps une *bouffissure* généralisée, une teinte subictérique se manifestaient ; les urines étaient foncées, les paupières surtout étaient gonflées, *tremblotantes*, cette tuméfaction œdémateuse s'étendait à toute la peau, le gonflement des doigts devint tel qu'on fut obligé de sectionner son alliance. A la même époque, on lui avait mis au bras un petit vésicatoire, qui laissait suinter une grande quantité d'eau. Elle éprouvait également des brûlures d'estomac, des alternatives d'appétit vorace et d'anorexie.

La première lésion cutanée apparut le 27 décembre 1888 sur la partie latérale de la joue droite près du nez : c'était d'abord un bouton, qui s'agrandit par la périphérie.

Bientôt après se montrèrent des *cloques* tendues et non flasques, nombreuses d'abord sur l'avant-bras, puis sur le bras droits ; dans l'espace de 8 jours les bulles se répandirent sur tout le corps, excepté à la paume des mains et à la plante des pieds où elles n'étaient pas apparentes ; elle s'accompagnaient de démangeaisons si violentes que la malade réclamait avec insistance un remède à ce prurit pénible. Les bulles éclatèrent d'elles-mêmes en laissant à nu un derme suintant. Notons ici qu'après cette première huitaine de poussées bulleuses, il ne s'en est jamais produit d'autres dans le cours de sa maladie. Bientôt survint un œdème non douloureux, localisé au membre inférieur gauche.

Le suintement sans nouvelle poussée bulleuse devint si abondant qu'on était obligé de changer les draps de lit deux fois par jour ; ce suintement excessif persista pendant un an : il était surtout intense du côté du membre œdématié, qui en un mois redevint comme volume normal.

Dans les premiers six mois de la maladie, l'exfoliation épidermique était légère, peu accentuée, le symptôme dominant était le suintement.

Cinq à six mois après le début, la desquamation foliacée devint considérable ; tous les matins on trouvait sur les draps de lit une grande quantité de squames ; cette abondante exfoliation persista deux ans, c'est-à-dire jusqu'au mois de septembre 1891. A cette époque, la chute épidermique prit un autre caractère cessa d'être foliacée, pour devenir furfurée et peu abondante, excepté à la face, où elle conserve encore actuellement son caractère foliacé.

La malade était affaiblie, tremblait sur ses jambes, quand on essayait de la faire marcher elle ne pouvait pas se tenir debout.

État actuel. — Les cheveux sont rares, clairsemés, petits, courts, lanugineux, tombent à peine pour le moment ; une alopécie totale siège au niveau du temporal gauche vers la région mastoïdienne ; tout le cuir chevelu est recouvert de squames grenues, présentant une épaisseur de 3 à 4 millim. d'épaisseur.

Sur la face, on voit une desquamation lamellaire avec fissures quadrillées

irrégulièrement, ces squames sont adhérentes au centre et libres à la périphérie ; le front, le nez, les joues sont les dernières régions où existe la desquamation foliacée.

Les poils des sourcils sont clairsemés et courts, il en est de même des cils. La conjonctive palpébrale est rouge, la conjonctive bulbaire est saine.

L'état grenu, papillomateux caractérisé par une exagération des plis normaux de la peau et par des myriades de granulations kératosiques en desquamation légère, furfuracée, commence à apparaître sur la lèvre supérieure et sur la lèvre inférieure.

A la région cervicale, on aperçoit une exagération très accentuée des plis cutanés et une papillomatose considérable avec état kératosique.

Au niveau des épaules, des omoplates, de toute la région dorsale et lombaire l'état kératosique granuleux est extrêmement développé.

Sur la région thoracique l'aspect papillomateux est un peu atténué ; mais il reprend son accroissement sur la région abdominale.

Vers les régions brachiales et antébrachiales, l'aspect grenu kératosique est très net ; les plicatures avec la kératose sont exagérées vers le pli du coude, où l'on remarque des fissures douloureuses. L'état granuleux kératosique se voit bien à la face dorsale des doigts, mais il est très manifeste à la face palmaire des doigts et de la main : surtout vers les régions thénar et hypothénar ; dans toutes ces régions, on constate une exagération remarquable des sillons normaux de la peau avec kératose, les doigts sont volumineux ; les ongles sont profondément altérés, rugueux et dépolis offrant un aspect vermoulu, squameux ; plusieurs sont tombés dans le cours de la maladie, ils repoussent irréguliers et déformés.

Les régions fessières, les cuisses présentent l'état granuleux kératosique très développé. Au niveau des jambes, il est encore des vestiges de la desquamation lamellaire ; mais vers les régions tibio-tarsiennes, la face dorsale des pieds et des orteils on voit l'état kératosique granuleux ; les ongles des orteils présentent les mêmes altérations que les ongles des doigts.

Toutes ces surfaces granuleuses kératosiques sont le siège d'une desquamation poussiéreuse furfuracée.

La peau est épaissie, légèrement œdématiée, succulente, sans suintement appréciable, excepté au niveau des plis articulaires, les ganglions lymphatiques sont tuméfiés. Les démangeaisons existent sans être intolérables. Les forces ont beaucoup augmenté depuis son entrée à l'hôpital St-Louis ; elle peut marcher, aller aux bains, ce que la malade ne pouvait pas faire à son arrivée.

Cependant ses fonctions digestives sont loin d'être intactes : l'appétit est faible, elle vomit de temps à autre, elle a presque tous les jours de la diarrhée, 2 à 3 selles par jour, avec quelques coliques, a des éructations fréquentes, une digestion difficile, lente.

La fièvre avait existé au début, elle n'existe pas actuellement.

Depuis le début de sa maladie, elle a été soumise au régime lacté ; comme médicaments, elle n'a pris que cinq gouttes chaque jour de liqueur de Fowler, qui n'a été continuée que dix jours de chaque mois pendant 4 mois ; on a dû cesser à cause du mauvais état des voies gastro-intestinales.

Je réserve pour une communication ultérieure l'étude des lésions hématiques, l'analyse physiologique des différentes fonctions et l'examen histologique.

J'appelle plus particulièrement l'attention de la Société sur les 4 phases suivantes : 1° sur la période prodromique, dans laquelle il a existé de l'*insuffisance* rénale avec œdème; 2° sur la *phase bulleuse* d'une durée éphémère; 3° sur la période exfoliatrice très longue puisqu'elle a persisté plus de 2 ans ; 4° sur la phase de papillomatose généralisée; notons enfin la bénignité relative de cette maladie, fait déjà noté par les cliniciens.

Nous sommes à une époque de revision du groupe pemphigus; et il est bien difficile actuellement de le déterminer; toutefois on ne peut pas nier qu'il existe une affection, un pemphigus *galopant*, *cachectisant*, *dénutritif* à évolution relativement courte; si l'on compare cette dernière affection à celle que présente notre malade, on y voit des différences, telles qu'il semble au premier abord qu'il s'agit de deux maladies distinctes; mais avant d'affirmer cette proposition, il est indispensable d'en faire un étude complète, une étude analytique à l'aide de nos moyens actuels d'investigation.

M. Ernest Besnier. — La très importante présentation de M. Quinquaud est une occasion naturelle de mettre en saillie quelques points de l'histoire encore incomplète du pemphigus foliacé, tels que les variations de durée de la phase bulleuse, les caractères de la dermite proliférative ; les rapports éventuels de l'hyperkératose plantaire et palmaire avec les dermatites bulleuses et l'intoxication thérapeutique arsénicale ; la bénignité relative de quelques cas de cette maladie.

1° *Variations de la période bulleuse :* La phase hydrodermique du pemphigus foliacé est très variable ; courte chez la malade de M. Quinquaud, elle dure déjà depuis plus d'une année chez un de mes malades en observation actuellement, et elle s'est prolongée pendant une série d'années chez une malade que j'ai observée en ville. Cette dernière représentait, exactement, le cas qui est figuré dans l'*Atlas* de Tilbury Fox, pl. XXX, p. 49, avec plus de perfection encore dans la régularité des disques succédant à l'affaissement des bulles, qui représentaient autant de larges pains à cacheter collés sur la peau, et au-dessous desquels suintait, abondamment, un liquide rapidement fétide. Cela veut dire que la *durée* de la phase bulleuse ne peut constituer un élément ferme du diagnostic du pemphigus foliacé. Mais aussi, cela dit, je m'empresse de le reconnaître avec M. Quinquaud, que la dénomination de « *pemphigus* », appliquée, comme *radical*, à la grande dermatite dont il s'agit est discutable, et qu'il faut encore un peu de temps, et un pas en avant dans la nomenclature des « pemphigus » pour arriver à une conclusion positive.

2° *Caractères de la dermite proliférative* (*succulence dermique*). — Ils sont très accentués chez la malade de M. Quinquaud qui a eu soin de les mettre en saillie, en qualifiant la dermite de papillomateuse, et ils consti-

tuent un phénomène de la phase avancée de la maladie. Dans aucune hydrodermie, ils ne sont aussi prononcés ; cependant j'ai montré, cette année même, pendant plusieurs mois, dans ma salle Alibert, une malade offrant un type accusé de la maladie de Duhring, et qui présentait, aux extrémités, cette succulence, cette hyperdermie, à un degré plus accentué encore qu'on ne l'observe chez la malade que M. Quinquaud nous soumet. Ce n'est pas la première fois que j'observe et que je signale ces hyperdermies, et ces hyperkératoses palmaires et plantaires dans la maladie de Duhring, et j'en ai montré, à mon collègue et ami M. Brocq, un remarquable exemple chez une malade de ma pratique particulière, que j'ai fait examiner également par Unna, de Hambourg, dans un de ses voyages à Paris. Nos confrères d'Angleterre ont, également, noté ces kératodermies ; mais ils ont coutume de les rapporter à l'usage prolongé de l'arsenic d'après l'avis émis par Hutchinson. Ayant vu de ces kératoses chez des sujets qui n'avaient pas été soumis à la médication arsenicale, je niais obstinément l'action attribuée à ce médicament, en général, lorsque cette année même, j'ai dû reconnaître mon erreur, en constatant sur une dame asthmatique, qui ne trouvait, depuis dix ans, de soulagement que dans l'emploi de doses élevées d'arsenic, une magnifique kératodermie palmaire du même type, qui ne pouvait être rapportée à aucune autre cause, et qui coïncidait avec une furonculose blépharitique manifestement arsenicale. Il y a donc lieu d'examiner, à l'avenir, ce point dans chaque cas particulier, et de rechercher la part que peut prendre, dans leur production, l'intoxication arsenicale thérapeutique ; car il ne s'agit pas de rapporter à l'arsenic toutes les kératoses palmaires des hydrodermies bulleuses. Je puis, en effet, affirmer que celles-ci peuvent apparaître *sans cette intoxication*, et qu'elles peuvent disparaître dans les cas où l'hydrodermie décline et guérit, *alors même que la médication arsenicale est continuée.*

3° *Bénignité relative du pemphigus foliacé.* — M. Quinquaud a eu soin d'insister sur cette intégrité relative des « grosses » fonctions vitales ; elle est très remarquable ; même dans les formes intenses qui doivent se terminer mal comme cela a eu lieu chez un de mes plus récents malades, la nutrition s'opère assez bien pour que l'amaigrissement soit peu rapide, l'appétit longtemps conservé. Cette bénignité relative, en même temps que l'intégrité, constante dans mes observations, de la muqueuse buccopharyngée, distinguent le pemphigus foliacé du pemphigus proprement dit.

M. Brocq. — Il me semble que les caractères objectifs présentés par l'affection de cette malade sont d'une netteté parfaite. Ils permettent pour ainsi dire sans renseignements sur les antécédents qu'elle a pu présenter d'affirmer presqu'à première vue le diagnostic. Chez un des malades, dont vient de parler M. Besnier et que j'ai pu examiner, on a pu constater et observer la première période, la période bulleuse de l'affection, puis la production d'éléments aplatis, discoïdes, analogues à des pains à cacheter sur la peau, qui peu à peu s'est alors transformée et a pris l'aspect qu'a celle de cette malade. C'est une véritable papillomatose généralisée.

Depuis 10 ans, je poursuis la différenciation des grandes dermatites aiguës, rouges. Celle-ci ne ressemble à aucune autre, elle ne ressemble nul-

lement à la dermatite exfoliatrice généralisée. C'est une affection à part, c'est le pemphigus foliacé, qui ne ressemble qu'à lui-même, et dont l'aspect objectif nous suffit pour le reconnaître.

M. Quinquaud. Je n'ai pas voulu nier l'existence du pemphigus foliacé. J'ai montré qu'il faut analyser ces faits et en faire quelque chose de spécial. Il faut mettre cette affection en relief, qu'on reconnaisse son anatomie.

Actuellement son étude est incomplète, et en faire le diagnostic n'est pas suffisant, il y a quelques chose de plus à faire et c'est pour ce quelque chose qu'il faut soumettre les cas analogues à celui que je présente à un examen analytique détaillé.

Sur une forme atténuée de la maladie dite ichthyose fœtale,

Par MM. Hallopeau et Watelet.

L'état morbide que l'on désigne sous ce nom ne peut que bien rarement être observé par les médecins qui ne se livrent pas à la pratique des accouchements, car le plus souvent il entraîne la mort des nouveau nés quelques heures ou tout au plus deux ou trois jours après leur naissance. Nous ne le connaissons guère en France que par l'excellente étude que M. Thibierge en a faite dans le *Dictionnaire encyclopédique.* Le petit malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société nous paraît en représenter une forme atténuée : contrairement à ce qui se passe d'ordinaire en pareil cas, il peut se nourrir et possède ainsi des chances de survie ; peut-être son observation ultérieure pourra-t-elle permettre de savoir si, oui ou non, cette dystrophie congénitale de l'épiderme devient, comme on l'a dit, le point de départ d'une ichthyose vraie.

L'enfant est né le 21 janvier. L'un de nous a pu l'examiner un quart d'heure après sa naissance ; tout son corps était alors recouvert comme d'une pellicule très blanche : on aurait dit qu'on l'avait saupoudré avec de la poudre de riz. Un quart d'heure après, cette cuticule se fendillait par places, surtout au niveau des plis naturels de la peau, puis elle se recoquevillait et tombait par lambeaux. Partout l'épiderme semblait tendu, particulièrement au niveau de la bouche dont les contours avaient l'aspect parcheminé. Toute la surface du corps présentait une coloration carminée tirant sur le jaune ; elle ressemblait à celle qu'aurait produite l'immersion dans un bain de teinture d'iode.

Le 23, La coloration de la face était moins vive.

Le 24, la desquamation se faisait par places ; l'épiderme paraissait particulièrement tendu au niveau des extrémités digitales qui étaient décolorées et rappelaient l'aspect du doigt mort.

Les membres étaient en permanence à demi-fléchis et l'on était empêché de les redresser par la résistance de l'épiderme.

Le 25, nous constatons que toute la peau présente une coloration d'un rouge vif, presque scarlatiniforme ; elle n'est pas indurée et ne semble pas épaissie ; son altération paraît porter exclusivement sur l'épiderme ; il semble que le feuillet corné de cette membrane ne fasse plus corps avec les parties sous-jacentes et ait partout tendance à s'en détacher ; déjà, en différents points et particulièrement sur le devant du tronc, ainsi qu'au pourtour des orbites, il s'est craquelé et est devenu le siège de fissures au niveau desquelles le tissu sous-jacent est excorié superficiellement ; en différentes régions, l'épiderme desquame en larges lambeaux assez épais : les surfaces ainsi mises à nu sont d'un rouge plus vif que les autres. Les paupières supérieures sont renversées en ectropion et leur déviation s'accentue davantage quand l'enfant vient à pleurer.

Le 26 janvier, l'épiderme se soulève et tend à se détacher en beaucoup de points, surtout au tronc ; l'ectropion ne se produit plus que lorsque l'enfant pleure.

Le 28, l'épiderme a desquamé en larges lambeaux sur la plus grande partie du tronc, sur toute la face et sur une partie des cuisses. Sur les parties desquamées de la face, on voit de nouvelles squames, très fines et très minces. L'ectropion n'existe plus. Le feuillet altéré de l'épiderme persiste encore sur la plus grande partie des membres ; on ne saurait encore mieux faire, pour donner une idée de son aspect, que le comparer à une couche de collodion qui aurait été appliquée sur la surface de la peau et se serait craquelée en divers points. En diverses régions, il prend une teinte brunâtre tout à fait semblable à celle qu'il présente dans certaines brûlures et aussi quand il a séjourné un certain temps sur une table d'amphithéâtre.

Les doigts et les orteils sont fléchis et décolorés, comme sur le cadavre.

Les pavillons des oreilles sont aplatis ; leur bord est notablement épaissi.

On note, au-dessus de l'ombilic, dans une région où la desquamation s'est produite il y a déjà plusieurs jours, une fissure transversale encore exulcérée ; l'épiderme est craquelé et fissuré au niveau du pli de flexion du poignet droit.

La rougeur des téguments est actuellement beaucoup moins vive que les premiers jours. Les cheveux persistent après la desquamation.

Si nous comparons les altérations que nous venons de signaler chez cet enfant avec celles qui, d'après les auteurs, caractérisent le type morbide appelé ichthyose fœtale, nous trouvons, comme caractères communs, les fissures et les craquelures de l'épiderme, la desquamation en larges plaques, la rougeur des parties desquamées, l'ectropion, l'attitude des membres, et enfin la déformation de la bouche et des extrémités; ils nous paraissent suffisants pour établir qu'il s'agit là d'états morbides de même nature ; par contre, notre fait diffère de ceux qui ont été publiés, par l'absence des déformations faciales qui donnent d'habitude aux malades atteints de cette dystrophie une

physionomie hideuse et repoussante ; il en diffère également par le peu d'épaississement du feuillet corné ; il en constitue donc une forme atténuée ; les altérations sont chez notre sujet, moins prononcées qu'elles ne le sont d'habitude, et c'est pour cela qu'elles semblent devoir permettre la survie ; l'enfant, est malheureusement élevé au biberon, mais il s'alimente bien et son état général paraît très satisfaisant.

Il y aura grand intérêt à le suivre et à voir dans quelle mesure persistera la dystrophie épidermique qui paraît constituer essentiellement ce singulier état morbide.

M. G. Thibierge. — Il est certain que les lésions présentées par cet enfant diffèrent très profondément de l'aspect décrit par les auteurs qui ont étudié la singulière altération cutanée à laquelle on a donné le nom, discutable sans aucun doute, impropre peut-être, d'ichthyose fœtale et que ces lésions sont en particulier très éloignées de celles qui existaient chez le fœtus décrit par Houel et Chambard et déposé au musée Dupuytren.

Néanmoins, il me paraît difficile de porter un autre diagnostic en présence de cet enfant. Nous ne connaissons sans aucun doute que les formes les plus graves de « l'ichthyose fœtale », nous ignorons absolument ce que peuvent être et ce que peuvent devenir ses formes légères. Ce n'est pas une raison pour en nier l'existence et, eu égard à l'existence des lésions dès la naissance, aux fissures superficielles, aux déformations des extrémités, je me rallie au diagnostic porté par M. Hallopeau.

M. Brocq. — Je ne me permettrai pas d'émettre une opinion catégorique sur le malade qui nous est présenté, n'ayant pas encore eu l'occasion d'observer d'ichthyose fœtale ; cependant je puis dire que, chez cet enfant, je ne retrouve pas les caractères qu'ont, à cette affection, attribué les descriptions faites par les auteurs et par M. Thibierge en particulier.

M. Hallopeau. — Ce petit malade âgé de 8 jours s'est modifié, nombre de symptômes ont déjà disparu et nous n'avons plus affaire qu'à une forme, atténuée actuellement.

M. Ernest Besnier. — Il est certain que, si on suit l'idée qui s'attache au mot ichthyose, il ne viendra à l'idée d'aucun dermatologiste d'appeler ainsi l'affection de ce petit malade.

Il y a une exfoliation de la couche superficielle de l'épiderme comme cela se produit dans certaines brûlures, et l'aspect est celui d'une couche de collodion en voie de détachement. Cette apparence de brûlure, de collodion ne répond pas à l'idée que représente le mot ichthyose.

M. Vidal. — Dans certains cas de syphilis congénitale on a pu signaler des apparences semblables.

M. Fournier. — Je n'ai pour moi jamais vu rien de semblable dans la syphilis. Quant à ce petit malade, je crois qu'il faudra 2 ou 3 mois pour

être renseigné sur la nature de l'affection dont il fut atteint, et je ne trouve pas qu'actuellement cela ressemble aux 2 ou 3 cas d'ichthyose fœtale que j'ai pu observer.

M. Hallopeau. — Le type clinique a été décrit en Allemagne sous ce nom, et on a pris comme type des enfants qui presque toujours sont morts au bout de 2 à 3 jours après la naissance. Celui-ci est âgé de 8 jours. Les caractères se sont atténués, mais à la naissance, il présentait de l'ectropion, une déformation de la bouche, et des altérations des doigts qui ont été données comme caractéristiques, et dès le 2e jour il présentait en outre des craquelures, des fissures. Il présente une grande ressemblance avec une figure donnée par Hébra.

M. Vidal. — On a signalé des desquamations générales donnant à l'enfant l'aspect de brûlures généralisées, « d'enfant bouilli », dans la syphilis congénitale.

M. Barthélemy. — J'ai vu un cas semblable chez un enfant né et mort quelques heures après dans le service de M. Bar. Dans la prochaine séance je pourrai montrer des préparations histologiques.

M. Fournier. — Dans la syphilis congénitale il y a une macération, une desquamation humide, ici on a affaire à une desquamation sèche, toute différente ; une desquamation *collodionnée;* la comparaison est merveilleuse d'exactitude et pourrait servir à dénommer l'affection sans préjuger de sa nature.

Trichophytie des régions à épiderme corné épais (plante du pied, paume de la main).

Par M. Djélaleddin Moukhtar (de Constantinople).

La trichophytie des régions à épiderme corné épais n'est pas bien connue et les auteurs n'en font guère de description.

C'est pour cela que sur les conseils de notre éminent maître M. le professeur Fournier, nous nous permettons de présenter à la Société deux cas observés par nous, l'un à la plante du pied chez un homme, l'autre à la paume de la main chez une femme.

Trichophytie débutant par la plante du pied et envahissant ensuite le dos du pied.

Léon X..., âgé de 20 ans, ferblantier de son métier, est venu à la consultation externe de M. le professeur Fournier, le 8 août 1890, pour se faire soigner d'une blennorrhagie qui durait depuis trois mois.

De plus, il nous a dit avoir remarqué, six jours auparavant, à la plante de son pied gauche, quelques boutons qui ne le faisaient pas souffrir.

A l'examen, nous trouvons sur la plante du pied et tout près des

orteils, plusieurs soulèvements épidermiques ; ce sont des vésicules de la grosseur de petites lentilles, pas trop distendues, de couleur jaunâtre, peu ou pas entourées d'une zone érythémateuse, et contenant un liquide clair.

Les caractères de ces éléments à leur début, faisaient pencher vers le diagnostic de dysidrose, quoique cette maladie soit généralement bilatérale.

Mais à côté de ces nombreux éléments d'apparence dysidrosique, il s'en trouvait un, dont l'aspect un peu spécial attira l'attention et nous conduisit à pratiquer un examen microscopique.

Cet élément avait les caractères suivants : le soulèvement épidermique étant rompu au centre, laissait apercevoir une petite surface d'un rouge violacé entourée d'épiderme corné, décollé et sec. En dehors de cette bordure cornée existait un cercle érythémateux rouge jaunâtre. Ce cercle était bien limité.

Au bout de quelques jours d'autres soulèvements épidermiques se rompirent commencèrent à s'agrandir progressivement en s'unissant les uns aux autres et envahirent les espaces interdigitaux des orteils, puis la face dorsale des orteils.

Dans la suite, on put voir en certains points de la plante du pied, que l'envahissement se faisait par la destruction des grosses vésicules qui se formaient au fur et à mesure autour des plaques primitives.

Depuis lors la lésion, n'ayant pas été traitée, envahit peu à peu ; vingt jours après elle présentait l'aspect qu'on voit sur cette photographie.

A ce moment elle occupe une étendue de 1 à 3 cent. du dos du pied près des orteils, elle est limitée par un contour polycyclique à large rayon ; elle occupe tous les espaces interdigitaux et les faces latérales des orteils ; dans tous ces endroits la peau est rouge et furfuracée.

Sur la plante du pied on trouve une région malade, de même étendue à peu près que sur le dos du pied. Cette lésion empiétant donc, d'une part sur la face palmaire du pied et des orteils et d'autre part sur leur face dorsale, on pouvait remarquer que sur ces deux faces l'aspect de la bordure n'était pas la même. Sur la face palmaire, l'épiderme corné plus épais formait une lame homogène et résistante ; sur la face dorsale au contraire, étant moins épais, il se fragmentait en fines lamelles furfuracées, comme celles qu'on est accoutumé à trouver autour des plaques de tricophytie cutanée.

Le prurit, assez marqué sur le dos du pied, est nul à la plante, au dire du malade.

Dès le premier jour, l'examen histologique de parcelles cornées, prises en plusieurs points du bord de la lésion, nous a permis d'y reconnaître, à l'aide de la potasse, des filaments mycéliens du trichophyton tonsurans, bien caractéristiques et que notre maître et ami, M. le Dr Darier, n'a pas hésité à reconnaître comme tels. Au moment où fut faite la photographie (26 août 1890) nous avons pu retrouver sans difficulté les mêmes parasites en assez grande abondance.

Il s'agissait donc bien de trichophytie cutanée, débutant par la face plantaire et envahissant la face dorsale du pied et des orteils, et marchant plus vite dans cette dernière région.

Quant à l'étiologie, nous n'avons pu recueillir aucun renseignement certain. Notre malade avait monté pieds nus sur des chevaux appartenant à un ami, mais nous n'avons pu savoir s'ils étaient malades.

Nous ferons remarquer en outre que cet homme, qui mettait indifféremment ses chaussettes à l'un ou à l'autre pied, ne s'est pas contagionné le pied droit de cette façon ; d'ailleurs le trichophyton ne serait peut-être pas toujours facilement inoculable ; il lui faut probablement des conditions spéciales ; notre éminent maître, M. Malassez, nous a dit n'avoir pas réussi à s'inoculer du trichophyton de diverses provenances (herpès circiné, sycosis parasitaire) ; et moi-même je n'y suis pas arrivé davantage.

Le malade s'est soustrait à une observation plus prolongée ; ce qui nous empêche de donner des détails sur la marche ultérieure de l'affection.

Ce cas, nous a montré quels étaient les caractères du début et l'évolution de la trichophytie des régions à couche cornée épaisse ; et chez cette malade que je présente maintenant et dont la lésion avait été remarquée par M. Fournier, j'ai pu, grâce à la connaissance du fait précédent, soupçonner avant tout examen microscopique, la nature trichophytique de la maladie.

Trichophytie siégeant uniquement à la paume de la main.

Mademoiselle Augustine J..., âgée de 18 ans, originaire des Ardennes, couturière, est venue le 23 janvier 1892, à la consultation externe de notre maître, M. Fournier, pour se faire soigner d'une lésion qui occupe la paume de la main gauche.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien à signaler. Pas de maladies vénériennes.

Elle habitait la province et c'est vers le 15 décembre 1891 qu'elle est venue à Paris.

Elle dit n'avoir touché aucun animal, ni malade ni sain, et attribue la cause de sa maladie à une toupie qu'elle avait fait tourner dans la paume de sa main gauche, le lendemain de Noël. D'autres personnes avaient joué avec cette toupie, mais elles n'ont rien eu (1).

Toujours est-il que, le 30 décembre 1891, elle constata au centre de la paume de sa main, qui était saine auparavant, une élevure de couleur jaunâtre de la dimension d'une petit lentille, ressemblant, dit-elle, à un durillon et qu'elle arracha.

Le 1er janvier 1892, la place où la peau était arrachée devint plus érythémateuse et de petites vésicules apparurent à son centre.

Le 3 janvier, de grosses vésicules, une quinzaine environ, tout à fait analogues, d'après la malade, à celles vues par nous le 23 janvier et que

(1) Depuis notre communication, la malade est revenue sur cette affirmation et nous a déclaré qu'elle avait trait les vaches dans son pays jusqu'à la veille de son départ pour Paris.

nous décrirons plus loin, apparurent et formèrent un cercle autour de la plaque.

Après une durée de deux jours, ces vésicules perdaient leurs caractères primitifs et s'unissaient entre elles, leur dessiccation amenait la formation d'un anneau d'épiderme corné, décollé et résistant. A cette période de la lésion, la zone périphérique d'inflammation se trouve réduite à 1 ou 2 millimètres de largeur, s'étale de nouveau peu à peu et elle met 2 ou 3 jours pour atteindre une largeur de 4 à 6 millimètres.

Cet élargissement de la zone érythémateuse est l'indice d'une poussée nouvelle ; en effet, de nouvelles vésicules naissent en dehors et au pourtour du cercle corné ; elles deviennent confluentes, se dessèchent et ainsi la lésion gagne sur la circonférence.

Des poussées analogues se sont produites successivement 3 ou 4 fois au dire de la malade avant le 23 janvier, époque où nous l'avons vue.

A ce moment, la lésion est ovalaire, elle a une étendue de 3 centimètres sur 4 environ, l'épiderme corné est tombé dans toute son étendue et on voit à sa place une surface rouge, lisse, souple et recouverte d'un épiderme très mince ; cette plaque est entourée d'épiderme corné, décollé, formant une *collerette* de 5 à 8 millimètres de largeur.

En dehors de cette collerette cornée, existe une bordure large de 4 à 6 millimètres, érythémateuse, où la peau est un peu épaisse et de couleur rouge jaunâtre. Cette zone érythémateuse n'est pas diffuse, mais bien limitée.

C'est là que se trouvent 4 ou 5 vésicules. Ces vésicules, profondément situées sous l'épiderme corné, ont la grosseur d'un grain de millet, et même plus ; elles sont peu saillantes et peu brillantes ; en les ponctionnant on fait sortir un liquide clair citrin.

25 janvier. Depuis deux jours, de très fines vésicules, une trentaine environ, se sont formées à l'intérieur de la plaque, elles contiennent un liquide clair (1).

26 janvier. Les grosses vésicules de la bordure se sont desséchées, et ont laissé à leur place des macules.

Le 27. Les fines vésicules de l'aire de la lésion, ont avorté et se sont desséchées ; à leur place restent de petites élevures ayant des croûtelles à leur sommet. Tout le centre de la plaque tend à desquamer.

D'autre part les vésicules de la bordure ne sont plus marquées que par des macules très peu visibles. La zone érythémateuse est presque complètement effacée depuis la veille.

En somme, si l'on voyait maintenant la lésion, on croirait : soit à une bulle de pemphigus géant crevée et desséchée, soit à une phlyctène de brûlure dans le même état.

On voit aujourd'hui, 28 janvier, quatre grosses vésicules sur la zone érythémateuse qui elle-même s'est élargie depuis hier et a pris une coloration plus foncée. C'est le début d'un nouvel accroissement de la lésion.

(1) C'est à cette date que la main de notre malade fut moulée par M. Baretta. (N° 1650 de la collection générale du Musée). Le moulage n'a pu toutefois reproduire toute la largeur et l'épaisseur réelle de la collerette épidermique.

Sur toute son étendue, la plaque est ridée et desquame fortement. Il y a un peu de prurit le soir, depuis 8 jours; il n'en existait pas au début.

Dès le premier jour de notre observation, nous avons fait l'examen microscopique de parcelles de la bordure et nous y avons trouvé des filaments de trichophyton en énorme quantité. M. Darier qui a bien voulu répéter cet examen a été frappé de cette abondance des parasites, et a confirmé qu'ils présentent tous les caractères du trichophyton.

Il est remarquable que la trichophytie, qui est d'un diagnostic généralement facile quand elle siège ailleurs qu'aux régions à épiderme corné épais, peut prêter, dans ces derniers points, à quelques confusions.

C'est ainsi qu'au début, s'il y a de nombreux éléments vésiculeux, le diagnostic avec la dysidrose peut présenter une certaine difficulté.

Plus tard, par son siège palmaire et plantaire, la netteté de ses bords, son orbicularité, l'absence presque totale de démangeaisons, elle prend en grande partie les caractères des syphilides de ces régions.

Les fines vésicules de l'aire de la plaque, peuvent en imposer pour de l'eczéma.

Enfin, à la période d'accalmie qui succède à une poussée, la collerette cornée pourrait faire songer à une bulle de pemphigus ou de brûlure à l'état de dessiccation.

L'examen microscopique lèvera tous les doutes en montrant des parasites avec leurs caractères spéciaux.

M. Darier. — La communication que nous venons d'entendre me paraît présenter un grand intérêt. En présence d'une lésion de ce genre, nous n'étions pas accoutumés à songer au trichophyton et, moi-même, en voyant le pied du premier malade, j'avais d'abord pensé avoir affaire à un eczéma dysidrosique. L'examen microscopique a tranché la question. C'est la coexistence chez cet homme de lésions plantaires et d'éléments envahissant ultérieurement le dos du pied qui a permis à M. Djélal de reconnaître les caractères particuliers qu'offre l'herpès circiné dans les régions à épiderme épais. Instruit par ce premier cas, il a pu soupçonner le diagnostic exact en voyant la malade qu'il nous présente aujourd'hui, diagnostic confirmé par le microscope.

M. Fournier. — Cette forme de trichophytie est d'un intérêt capital. Lorsque j'ai vu cette jeune malade, j'ai pensé à tout, excepté à la trichophytie, mais sans pouvoir affirmer un diagnostic. J'ai exclu la syphilis qui ne donne pas ainsi de grands lambeaux. L'examen histologique nous a permis de voir que l'on était en présence d'une trichophytie.

Pour tout autre personne qu'un dermatologiste expérimenté, ce serait de la syphilis, et il faut la classer dans le groupe des pseudo-syphilis palmaires. C'est une forme et un siège particulier de la trichophytie, affection éminemment polymorphe.

Il y a 6 où 8 ans, j'ai eu l'occasion de voir un naturaliste très distingué, revenant de l'Amérique du Sud pour me consulter, parce qu'il souffrait de la plante des pieds et que ces souffrances lui rendaient toute marche impossible. En l'examinant on trouvait la plante des pieds recouverte d'une véritable carapace, épaisse de 3 à 4 millim., analogue aux incrustations psoriasiques, que l'on trouve dans certains cas. Ce fut le malade qui me donna son diagnostic, et me dit qu'il était atteint de trichophytie, qu'il avait examiné au microscope à maintes reprise les lésions dont il était porteur et que toujours il avait trouvé des multitudes de spores caractéristiques. Cette affection, ajoutait-il, est fréquente dans l'Amérique du Sud, mais on ne la guérit pas. Du reste tous les traitements avaient été essayés par lui et aucun n'avait eu de résultat satisfaisant.

M. Ernest Besnier. — Je me rappelle le malade dont vient de parler M. Fournier ; il présentait un type achevé de l'*herpès imbriqué* de Manson. Nous devons remercier M. Djelaleddin Mouhktar de sa très intéressante présentation ; elle nous rappellera que, dans les lésions palmaires unilatérales, il ne faut pas seulement songer à la syphilis, mais encore à la trichophytie cutanée.

M. Feulard. — J'ai eu l'occasion d'observer récemment un cas de cette trichophytie géante dont il vient d'être parlé. Il s'agissait d'un ancien officier d'infanterie de marine, âgé de 45 ans, qui vint me trouver en novembre dernier, présentant sur le dos de la main droite une large lésion circinée, occupant tout le dos de la main sous forme d'un ruban squameux s'étendant, disait le malade, par la périphérie, à mesure qu'il guérissait au centre et ayant tous les caractères d'une trichophytie cutanée type. Le malade m'apprit qu'étant à Bornéo, en 1887, il avait déjà eu au même endroit une lésion analogue qui fut qualifiée d' « *herpès circiné* » et qui guérit sans traitement interne.

Cette affection, ajouta-t-il, est fréquente là-bas et beaucoup d'autres officiers auraient été atteints de même en divers points du corps. Rentré en France en 1889, il eut en juillet 1890, une récidive de cette lésion de la main qui fut traitée par des compresses de liqueur de van Swieten et guérit. Il y eut une nouvelle récidive peu de temps après et c'est pour cette nouvelle poussée que le malade était venu me consulter. Je lui fis un traitement approprié et déjà huit jours après il y avait une amélioration manifeste. Le malade quitta Paris presque aussitôt, mais il devait m'écrire si l'amélioration ne continuait pas ; et je crois pouvoir conclure de son silence qu'il est actuellement guéri. Je crus pouvoir attribuer ces récidives à ce fait qu'il se servait comme veston de chambre de l'ancienne tunique d'officier qu'il portait autrefois à Bornéo, tunique qui n'avait pas été désinfectée, et qui pouvait par contact reproduire la maladie en frottant sur le dos de la main.

Un nouveau cas de phthiriase des paupières,

Par M. L. JULLIEN.

A propos de mon observation de phthiriase palpébrale, le Dr Dève (de Reims) m'envoie celle d'un de ses amis qui, pendant sa dernière année d'études au lycée, fut atteint de cette affection. Conjonctivite, photophobie intense, douleurs intolérables, démangeaisons très vives, mais au début seulement. Le médecin du lycée le soigna pour une conjonctivite simple, et comme tout échoua, l'élève quitta l'établissement. Deux jours après, sentant en se frottant les yeux quelque chose rouler sous son doigt, il ne fut pas peu surpris lorsqu'il reconnut la présence d'un pou. En quelques jours, il parvint à enlever en les pinçant entre les ongles, tous les parasites et leurs lentes, et la guérison survint rapidement.

« J'ai eu l'occasion, ajoute le Dr Dève, de voir la même chose chez un autre lycéen et chez une femme. Je suis convaincu que si la phthiriase palpébrale passe pour extrêmement rare, c'est qu'un grand nombre de cas restent méconnus ; une fois l'attention attirée sur ce point, on en rencontrerait fréquemment dans la clientèle ordinaire des dispensaires et des bureaux de bienfaisance. »

Les déterminations organiques de la syphilis peuvent-elles dans certains cas tenir à la nature du virus, celui-ci pouvant alors produire des localisations analogues chez toute une série d'individus contaminés à la même source ?

Par M. MOREL-LAVALLÉE.

Dans une courte étude que nous avons jadis (1) publiée sur les FORMES GRAVES DE LA SYPHILIS, nous distinguions, au nombre de ces dernières, à côté des types de *S. dénutritive secondaire*, — *S. maligne précoce*, etc., une « *forme viscérale* », pouvant elle-même se produire lors de la période secondaire, dans laquelle elle représente alors, d'après la terminologie usuelle, le *tertiarisme précoce*.

Il est certain que le fait de déterminer, uniquement ou à peu près, des localisations viscérales (qui alors frappent constamment le même viscère devenu *locum minoris resistentiæ*) constitue pour la vérole une *manière d'être* grave, une *modalité maligne* au même titre que des éruptions répétées de syphilides tuberculo-ulcéreuses constituent une autre variété grave du mal vénérien.

Quelles sont donc les causes qui rendent la syphilis grave ? Le pro-

(1) *Gaz. des hôp.*, 13 oct. 1888.

fesseur Fournier a indiqué l'alcoolisme, la vieillesse, la scrofulo-tuberculose, l'impaludisme, l'absence de traitement initial, — et le surmenage physique et intellectuel. Le professeur Gémy (d'Alger) incrimine par dessus tout *la qualité de la graine*, résumant son opinion en cet aphorisme : « Si vous devez contracter la syphilis, prenez-la à une source largement, longuement, profondément mercurialisée » (1).

De fait, si nous comprenons que les surmenés du cerveau soient prédisposés à la S. cérébrale, que l'alcoolisme augmente la dénutrition spécifique et dirige les coups de la vérole sur le cerveau, le foie et les téguments, — et l'impaludisme sur le système vasculaire, aucun des facteurs de gravité précédemment énoncés n'explique pourquoi, *en l'absence de toute affection antérieure*, — telle vérole frappera sans relâche le système osseux, telle autre déterminera une néphrite secondaire aiguë, et une troisième, épargnant (ou non) la peau, s'attaquera dès le début et avec récidive à l'appareil cérébro-spinal. Aussi M. le professeur Fournier n'était-il que trop fondé à regretter, ainsi qu'il le faisait ressortir dans l'intéressante communication qu'il a faite, le 10 décembre dernier, à la *Société de Dermatologie*, que, dans nombre de cas, la cause nous échappât encore qui dirigeait les coups de la vérole sur tel ou tel appareil organique, en particulier sur le système nerveux. L'influence de la « graine », la qualité du virus peut, si on l'admet, rendre une syphilis plus intense, plus précoce, plus cachexiante, à tendances plus ulcératives. Mais pourrait-elle aller plus loin et dicter à la maladie issue de son germe, sa marche envahissante contre tel ou tel appareil organique de l'économie, qui serait *toujours le même pour toutes les véroles parallèlement écloses du même germe ?*

Cette idée est *à priori* tellement étrange qu'elle ne paraît même pas digne d'attirer l'attention, et pourtant, c'est là une question que vient peut-être indiquer pour l'avenir une courte série d'observations dues, les premières à W. M. B. Goldsmith, les autres à notre ami le Dr Bélières et à nous-même. Goldsmith, étudiant l'influence de la vérole dans la genèse de la paralysie générale, voit une preuve de cette influence *dans les cas où la paralysie générale paraît suivre la syphilis communiquée par un sujet à un ou plusieurs autres* (2). Et voici ces exemples qu'il cite :

1° Un « respectable » gentleman et sa femme contractèrent tous deux la syphilis ; tous deux furent atteints de paralysie générale, 8 ou 10 ans plus tard.

2° Un homme contracte la syphilis et la donne à sa femme ; une sœur de celle-ci, âgée de 16 ans et qui demeurait avec eux, prit également la

(1) Leçon d'ouverture de l'année scolaire, 1887-1888.

(2) Congrès de Saratoga, 1885.

syphilis. Le mari fut atteint de paralysie générale, 6 ans après l'infection, la femme 8 ans après, la sœur, 7 ans après, à 23 ans.

Moi-même, dans un ouvrage paru en 1889 (1), j'ai rapporté une observation analogue, due à mon collaborateur et ami, le Dr Bélières, qui en a spécialement connu et suivi les sujets. Le hasard nous ayant mis a même de la compléter par l'adjonction de 2 faits nouveaux, je vais la reproduire ici.

En mai 1870, la nommée Marthe X..., âgée de 18 ans, contracte la syphilis et la transmet à son amant, étudiant en médecine, âgé de 22 ans. Ce dernier se sépare d'elle, néglige tout traitement pendant le siège, continue ses études médicales tout en faisant des excès assez nombreux. Au bout de 3 ans à la veille de terminer ses études, il est pris de douleurs de tête violentes. Son caractère s'aigrit, il ne peut plus supporter aucun bruit, ne veut plus voir personne, pousse des cris, maigrit, s'étiole. Sur les conseils de M. Duguet, qui diagnostique une *méningite syphilitique*, il quitte Paris et meurt dans le marasme au bout de 2 mois dans sa famille.

En 1871 (décembre), la même Marthe X... devient pendant un mois la maîtresse d'un deuxième étudiant en médecine, que nous appellerons Secundus, en nous appropriant la désignation commode usitée dans les discussions de jurisprudence. Marthe communique la syphilis à Secundus.

Au bout d'un mois à peine, elle quitte Secundus pour un de ses amis, Tertius, et vit maritalement avec ce dernier pendant près de 4 ans ; *dans cette période elle fait deux fausses couches.*

Neuf ans après, Tertius (qui, en 1881, reçu docteur, était allé s'installer dans le midi, s'était marié, avait eu 2 *enfants vivants et bien constitués*), commence à déraisonner, à devenir triste, sa parole s'embarrasse, il a des terreurs, pas de délire bien franc. Le médecin aliéniste de l'Asile du département (Lozère) diagnostique *paralysie générale progressive.* Mort en 1882.

Quant à Secundus, qui avait contracté la syphilis avec la même femme en décembre 1871, il s'est, après des études sérieuses, établi, marié, a eu 2 enfants, *tous les deux vivants et robustes.* Au bout de 15 ans, il a commencé à délirer ; il a voulu tuer ses enfants (qu'il adorait) ; on a été obligé de l'interner à Charenton, avec un certificat déclarant qu'il était atteint de *paralysie générale à la suite de syphilis ancienne.*

Ce diagnostic de paralysie générale a été confirmé par M. Christian, dans le service duquel le malade est décédé en 1888.

De ces 3 malades, aucun ne s'était soigné d'une façon sérieuse, et leur syphilis n'avait jamais présenté de caractères de malignité bien tranchée.

Or, mon ami M. Bélières, ancien interne des Asiles de la Seine, vient de me faire savoir que la syphilis de Marthe X... avait fait d'autres victimes, aussi durement punies d'avoir partagé ses trop faciles faveurs lors de la vie commune au quartier Latin.

Quartus, pharmacien, décédé à T..., en 1890, atteint de *paralysie générale progressive à forme lypémaniaque.*

Quintus, ingénieur, mort d'accidents cérébraux qualifiés « folie syphilitique. »

(1) *Syphilis et paralysie générale,* Paris, 1889.

Nous rappelons ces faits, sans vouloir en tirer aucune interprétation, mais pour prendre date et les rapprocher de ceux de Goldsmith. Nous remarquons seulement que voilà cinq hommes qui, contaminés à la même source, ont tous été frappés dans le même appareil organique. Tous sont morts d'accidents cérébraux, dont trois de paralysie générale après des incubations de 15 ans (Secundus), 9 ans (Tertius), et 17 ou 18 ans (Quartus). Quant aux deux autres, la syphilose cérébro-méningée les a tués, 3 ans (Primus) et 19 ans (Quintus) après la contamination.

Fait curieux, et qui pourrait représenter la « moralité » de l'histoire : la femme à qui remonte l'origine de tous ces désastres, jouissant d'une bonne santé, s'est « mariée légitimement » il y a quelques années. Elle avait, il y a 2 ans, un baby très robuste âgé de 2 ans.

En dehors de ces exemples, qui restent jusqu'à présent à l'état de raretés dans la science, et dans lesquels la paralysie générale a paru suivre la syphilis communiquée d'un sujet à un ou plusieurs autres, — fait qui tendrait à faire supposer qu'il pourrait exister des véroles « *à virulence nerveuse* », — nous avons déjà eu l'occasion de faire ressortir un autre fait qui met, lui, hors de doute la prédilection de la « *vérole nerveuse* » pour la détermination de la péri-encéphalite diffuse, de préférence à d'autres cérébropathies chez les individus où l'hérédité neuropathique permet à l'infection syphilitique d'être l'*ultimum movens* de ce complexus cérébro-méningé.

Ce fait, que nous voulons rappeler ici, c'est que la syphilis se retrouve avec une fréquence infiniment plus grande dans les antécédents des aliénés paralytiques généraux que dans ceux des aliénés non paralytiques.

Veut-on quelques chiffres? Mendee a retrouvé la vérole 75 fois 0/0 chez ses paralytiques généraux, 18 fois seulement chez les malades atteints d'autres vésanies. Obersteiner, 21 fois chez les paralytiques généraux, 4 fois seulement chez les aliénés non paralytiques. En supposant que la syphilis ait été méconnue, il est évident qu'elle a dû l'être, pour un même auteur, aussi bien pour les démences paralytiques que pour les autres vésanies, et la proportion reste inattaquable.

Cette préférence de la syphilis, pour diriger vers la production de la paralysie générale les germes neuropathiques innés ou acquis préexistant, n'a rien au reste qui puisse nous étonner depuis que notre éminent maître, M. Fournier, a victorieusement établi chez nous la part de la vérole dans la genèse du tabes. Je dirai plus, c'était presque à prévoir.

Nous avons nous-même donné un exemple satisfaisant dans une observation qui nous est personnelle, et que nous résumons ici (1) dans un tableau généalogique.

(1) Voyez MOREL-LAVALLÉE et BÉLIÈRES, *loc. cit.*, p. 131.

M., viveur, grand seigneur, riche, a fait
des excès de tout ordre. Il épouse = Z, très religieuse, intelligente.

3 enfants.

L'aîné :	Sœur puînée :	Frère cadet :
Tic nerveux de la face. Pusillanime. A eu beaucoup de peine pour apprendre à lire et à écrire. Pas de tremblement. Incapable de gérer ses affaires. Taciturne, méfiant. Diagnostic : DÉMENCE PARTIELLE.	Vivante. Epileptique ; imbécillité intellectuelle. Est née avec (?) un bras atrophié.	Grand viveur. Joueur, très intelligent ; très irascible. A tué, dans un voyage, un homme du bord. A pris, à 22 ans, la SYPHILIS pour laquelle l'a soigné Bazin. Il est mort à 38 ans après avoir présenté les symptômes suivants : alternatives de délire ambitieux et d'hallucinations terrifiantes : il voulait vendre l'Australie et l'Inde. Tout était en diamant et en or. Il a eu 50,000 véroles ; sa maison est morte. Incohérence, embarras de la parole ; inconscience, gâtisme. M. Billod a diagnostiqué : PARALYSIE GÉNÉRALE.

Ainsi, sur trois descendants dégénérés d'une famille nerveuse UN SEUL *prend la syphilis* et CELUI-LA SEUL *devient paralytique général.*

Nous terminerons par le simple énoncé de ce fait suggestif et nous le livrons aux méditations de ceux qui se refusent à admettre la possibilité d'aucun lien entre la paralysie générale et la syphilis.

M. Barthélemy. — Il est impossible, dans la question des localisations de la syphilis comme dans celle de sa gravité, de ne pas tenir compte de l'influence du terrain et de ne pas lui attribuer une valeur bien plus considérable qu'à la graine. C'est ainsi que j'ai vu deux frères, ayant contracté la syphilis à deux sources différentes, aboutir l'un au tabes et l'autre à la paralysie générale. Comme exemple inverse concernant la gravité de la syphilis, je pourrais citer le cas de 5 militaires, contractant le même jour la syphilis de la même femme : 4 d'entre eux eurent une syphilis très bénigne, le 5e une syphilis cutanée très grave.

M. Fournier. — Il est bien difficile de tirer des conclusions fermes du fait de M. Morel-Lavallée. De trois choses l'une, ou cette coïncidence de localisations identiques de la syphilis est purement et simplement l'effet du hasard, ou bien elle est due à l'influence de la graine, ou encore elle dépend d'un élément que nous ne connaissons pas. Ce qui est certain, c'est que, entre ces sujets, il n'y avait aucune relation de famille et qu'on ne peut invoquer ici une cause qui joue un rôle puissant dans la direction que suit la syphilis : la prédisposition individuelle qui intervient souvent, car les faits analogues à celui que vient de citer M. Barthélemy ne sont pas rares, et j'en pourrais citer un certain nombre.

La question de la gravité de la syphilis, dans ses rapports avec la source d'où elle provient, est des plus embarrassantes et féconde en faits imprévus ; une femme, que j'ai observée à Lourcine avec une syphilis grave, profondément et cruellement mutilante, avait été contagionnée par son mari qui était atteint d'une syphilis aussi légère, aussi bénigne que pos-

sible, simplement un chancre de petite étendue et des accidents secondaires très superficiels et très rapidement disparus.

M. Ernest Besnier. — Une malade que j'ai présentée à la Société est un exemple frappant des différences que peut offrir dans la gravité la syphilis provenant d'une même source : il s'agit d'une femme qui en est actuellement à la 15e année de l'infection syphilitique et qui, depuis nombre d'années est atteinte de lésions profondément mutilantes de la tête ; et cependant son mari, de qui elle tient cette maladie, n'a été que très légèrement touché par la syphilis ; elle a eu, au début de sa syphilis, un enfant qui est mort rapidement et, peu après, un autre enfant né à terme actuellement âgé de 13 ans ; cet enfant, que j'ai examiné bien souvent et tout récemment encore, n'a jamais été atteint d'aucune lésion syphilitique et ne présente aucune espèce de tare.

M. Ferras. — Il est important de relever, dans le fait de M. Morel-Lavallée, la qualité des sujets atteints : tous les cinq était des cérébraux, des surmenés du système nerveux. La question du terrain semble donc, pour ces sujets, s'imposer au moins autant que celle de la graine.

M. Jullien. — Je m'associe pleinement aux réserves qui viennent d'être émises, au sujet de la valeur démonstrative du fait de M. Morel-Lavallée. Contre un fait de ce genre, on peut en citer des milliers, dans lesquels les localisations de syphilis puisées à une même source ont été absolument différentes chez différents sujets. Et, dans le cas même de M. Morel-Lavallée, la femme qui a disséminé la syphilis a été cérébralement respectée par elle, au moins jusqu'à présent.

M. Morel-Lavallée. — On dit généralement que, en matière de localisations de la syphilis, le terrain est tout. J'ai voulu simplement, en rapportant cette observation, faire voir que vraisemblablement la graine y est aussi pour quelque chose.

M. Jullien. — Je ne le nie pas systématiquement, mais je déclare que les faits ne sont pas assez probants pour entraîner la conviction.

M. Fournier. — Je propose de remettre la discussion de cette importante question à l'une des séances de la session de Pâques et d'y joindre la question de l'infection syphilitique des enfants issus de parents syphilitique, il s'agit là d'un point très important de l'histoire générale de la syphilis, sur lequel il serait utile de recueillir des documents circonstanciés, démonstratifs et suffisamment nombreux.

La proposition de M. Fournier est adoptée.

Observation d'épididymite blennorrhagique terminée par suppuration : examen bactériologique et chimique,

Par M. J. ERAUD, de Lyon.

J'ai eu l'occasion, ces temps derniers, d'observer un cas d'orchite blennorrhagique terminé par suppuration ; il m'a paru intéressant de rapporter ce cas avec quelques détails, non pas tant au point de vue purement clinique, mais surtout à cause de notions instructives que des recherches faites en commun, avec M. le professeur Hugounenq au double point de vue bactériologique et chimique, nous ont permis de déduire.

Voici d'abord, succinctement résumée, l'histoire clinique de cette observation :

R..., âgé de 23 ans, de forte constitution et de santé excellente. Pas d'impaludisme. Pas d'alcoolisme. Blennorrhagie 1re, au mois de septembre 1888, compliquée d'épididymite gauche et non guérie, le malade étant parti faire son volontariat. Revu dans le courant de l'année 1889, il présentait toujours une goutte tantôt séro-blanchâtre, tantôt séro-gommeuse.

Le 5 août dernier (1891), vient me consulter pour un chancre large, parcheminé, du reflet avec pléiade bi-inguinale très marquée. Il présente en même temps un écoulement uréthral abondant, séro-purulent, avec douleur en urinant, mais sans augmentation du nombre des mictions.

26 août. Le chancre s'est nettement induré. Le diagnostic est donc : chancre syphilitique et blennorrhagie, ou plutôt recrudescence de l'écoulement ancien.

1er septembre. L'écoulement est devenu fort abondant, jaunâtre, épais, mictions = 5 : 0. Légère douleur à la miction, mais nulle après. Il pisse un premier fond très trouble et les autres verres à peine louches. (Traitement : une pilule Dupuytren par jour, de l'opiat et des injections de liqueur de Van Swieten.)

Le 17. Sort d'un embarras gastrique fébrile qui lui a duré 4 à 6 jours, et à la suite duquel il a gardé un état léger de langueur et de faiblesse. Il coule toujours beaucoup.

Le 22. Est toujours dans un état de malaise général, de pâleur marquée ; les forces ne reviennent que lentement. L'écoulement est moins abondant, tend à devenir séro-blanchâtre. Urines troubles dans le premier fond et dans les autres verres.

Le 29. Revient avec une orchite survenue à gauche, c'est-à-dire du même côté que celle qui était survenue précédemment. Déjà, lors de la dernière visite, je constatai une tuméfaction inflammatoire, douloureuse à la pression, intéressant la queue de l'épididyme gauche.

Le 8 octobre. L'orchite est grosse et dépasse le volume des orchites en général. (Onctions avec une pommade iodurée).

Le 10. La tuméfaction s'est encore accentuée. Frissonnements légers.

Le malade éprouve des élancements intermittents, mais douloureux dans la région testiculaire. Le scrotum est énorme, très tendu, empâté et conserve l'empreinte du doigt ; je constate en outre de la fluctuation.

Le 12. L'ouverture du foyer purulent menaçant de se produire spontanément, je me propose de l'ouvrir.

Après avoir lavé au sublimé la région malade, j'incise, et après avoir rempli 2 pipettes stérilisées, je recueille le pus dans un ballon Pasteur également stérilisé, pus granuleux et jaunâtre. J'ai ensuite ouvert largement le foyer pour donner libre écoulement au pus. J'ai pu reconnaître que le foyer était limité à la vaginale et que le testicule, bien que peut-être gonflé, n'était nullement touché par la suppuration. (Peut-être pourrait-on objecter que nous étions ici en présence d'un syphilome épididymaire aigu ou subaigu ? Mais on sait que ce syphilome se distingue de l'épididymite blennorrhagique par quelques particularités : tout d'abord la prédominance initiale de la lésion dans la tête, s'effectuant simultanément en général des 2 côtés, et en deuxième lieu, l'absence de toute adhérence avec les bourses, lesquelles ne prennent aucune part au processus.) Donc rien de syphilitique, car les deux épididymes sont sains, en tant que localisation du virus, à cette époque de la syphilis qui date de deux mois et demi au plus.

Le 27. Plaie de l'orchite à peu près complètement guérie ; le noyau épididymaire est encore gros, empâté, mais à peine douloureux. L'écoulement uréthral ne semble pas être revenu.

15 novembre. Plaie de l'orchite guérie. Le noyau épididymaire persiste seul.

30 décembre. Plus d'écoulement, soit vu par le malade, soit constatable à l'examen. N'a pas uriné depuis 3 heures. Urine un fond et deux verres très clairs. Le noyau épididymaire persiste à gauche ; le testicule correspondant est pourtant plus sensible à la pression que celui du côté sain. (La syphilis continue à évoluer avec son cortège de plaques muqueuses, localisées surtout à la gorge.)

Telle est l'observation ; voyons maintenant quelles particularités en découlent. Le premier point à noter, c'est la terminaison de l'orchite par suppuration, phénomène assez rare, car si on consulte, à cet égard, les traités spéciaux ou les thèses ayant trait à la matière, on voit que le nombre de cas publiés est essentiellement restreint. D'autre part, c'est la localisation de la suppuration à la vaginale : c'est une sorte d'abcès enkysté de la vaginale.

Ce fait, montre, comme ceux déjà connus, que quand la suppuration survient, c'est presque toujours, sinon toujours la suppuration de la vaginale par propagation de l'inflammation de la queue de l'épididyme à la séreuse, en raison de la continuité de tissu. Par contre, quand le testicule suppure on se nécrose, on peut dire que ce n'est que secondairement, probablement par suite de la macération à laquelle se trouve soumise, l'albuginée. Tous les cas d'orchite parenchymateuse suppurée de par le fait ou à l'occasion de la gonorrhée, — publiés

comme tels, — peuvent, et même semble-t-il, doivent être mis en suspicion ; il est infiniment probable qu'on devait, en l'espèce, se trouver en présence de foyers tuberculeux ou de gommes, qui, initialement localisés dans le testicule, entraînaient à la suite, par leur ramollissement, la fonte purulente de la glande.

Au surplus, si je rapproche ce cas clinique des faits expérimentaux qu'il m'a été permis de réaliser chez l'animal, avec la *toxalbumine* provenant du même microbe retiré de l'orchite (in *Lyon médical*, 9 mars 1890), il me sera facile de répondre que les mêmes symptômes, dans le même ordre chronologique, se sont produits ; c'est-à-dire qu'après injection du produit diastasique, même dans l'intérieur du testicule, le poison se rendait, surtout et avant tout, à la queue de l'épididyme, d'où tuméfaction de cette dernière, et puis consécutivement, suppuration de la vaginale. Et si, à la suite de la suppuration de la séreuse, j'ai vu survenir l'atrophie de la glande testiculaire chez les chiens *jeunes*, c'était probablement par effet à distance, et non par effet traumatique, car la piqûre à l'aiguille de Pravaz du testicule du chien, lequel, on le sait, réactionne assez facilement sous l'influence du traumatisme, n'a jamais déterminé entre mes mains d'atrophie testiculaire de nature exclusivement traumatique. Notons toutefois ici une singularité : c'est que l'atrophie du testicule chez le chien ne m'a jamais paru survenir qu'après suppuration préalable de la vaginale, alors que chez l'homme, si l'on s'en rapporte aux cas publiés, cette même atrophie semble se produire du fait de l'orchite simple, sans processus suppuratif préliminaire.

De ceci, il nous semble donc ressortir ce premier point : c'est que la blennorrhagie frappant l'épididyme avec une intensité peu ordinaire, peut produire la suppuration, — de la vaginale tout d'abord, — par continuité de tissu, et jamais d'emblée l'inflammation suppurative du parenchyme testiculaire ; cette particularité d'ordre clinique est en parfait accord avec les faits expérimentaux de même ordre, observés chez l'animal.

Abordons maintenant ce qui doit faire la deuxième partie de cette note, à savoir : le résultat de nos recherches bactériologiques et chimiques. Elles montreront, je l'espère, l'analogie que l'on peut établir entre la toxalbumine trouvée dans le pus de l'orchite suppurée de l'homme, et la toxalbumine extraite des cultures du microbe qu'on y rencontre.

Tout d'abord l'examen microscopique du pus recueilli et traité par les procédés colorants habituels, nous a fait voir que les préparations étaient composées presque exclusivement de leucocytes jeunes ; de plus, nous avons constaté l'existence de 3 à 4 îlots intra-globulaires que l'on considère comme caractéristique de la présence des gonococci.

Nous avons ensemencé avec ce même pus, deux tubes d'agar-agar glycériné, qui ont été soumis, à l'étuve, à une température de 32°-33°, et sur lesquels, au bout de 2 à 3 jours, nous avons vu apparaître une culture de diplococci, égalcment identiques à ceux que nous avons rencontrés dans l'orchite simple et dans le pus blennorrhagique ordinaire. Qu'il nous soit simplement permis, pour ne pas rééditer ici nos études antérieures, de rappeler que telle était déjà la conclusion que nous faisions découler de nos recherches, soit bactériologiques, soit expérimentales. (Voir *Lyon médical*, du 9 février 1890, et *Bull. de la Société de dermatologie et syphiligraphie*, séances d'avril 1899.)

Car je désire surtout donner le résultat de nos expériences touchant l'extraction de la toxalbumine de l'épididymite. Voici d'ailleurs le *modus faciendi*, tel que nous l'avons pratiqué avec M. Hugounenq : Le pus, recueilli à l'abri de tout germe, s'est conservé sans altération dans le ballon Pasteur jusqu'aux derniers jours de novembre, soit six semaines environ. Il est constitué par 30 c. c. environ d'un magma brun jaunâtre, inodore, coulant difficilement. On le délaie dans 500 c. c. d'eau distillée, on broie en mortier pour obtenir un épuisement complet, puis on filtre au papier et à la bougie. Le liquide qui passe est précipité par trois fois son volume d'alcool bon goût à 95°. Après quatre à cinq jours de contact, dépôt de flocons blancs translucides qu'on jette sur un filtre après décantation du liquide surnageant. Ce produit lavé à l'alcool est ensuite dissout dans l'eau pure pour servir aux essais physiologiques. La quantité de matière dont nous disposions ne nous a pas permis de faire des réactions qualitatives, encore mois une analyse quantitative qui aurait permis d'établir des rapprochements indiscutables entre cette substance et celle que nous avons retirée des bouillons de culture d'un microbe du pus blennorrhagique (Comptes rendus de l'Académie des sciences, séances du 20 juillet 1891). Mais nous devons mettre en évidence les propriétés au moins voisines de ces deux produits pour les raisons suivantes :

1° Identité du mode de préparation;

2° Analogie très grande des actions pathogènes;

3° L'odeur spéciale que développe rapidement la putréfaction de l'albumine sécrétée *in vitro* par le microbe, se trouve absolument identique dans la putréfaction de la matière extraite du pus. Cette odeur extrêmement fétide, mais tout à fait particulière, est à nos yeux un argument d'une grande valeur en faveur de l'analogie et peut-être de l'identité des deux substances.

Ajoutons à cela que nous avons injecté, à deux fois différentes, à quelques jours d'intervalle et dans chacun des testicules d'un chien jeune, 1 c. c. 1/2 du produit filtré à la bougie, et que nous avons déterminé une orchi-épididymite très nette, qui a été douloureuse pendant 3 à 4 jours, qui s'est accompagnée d'épanchement vaginal,

mais sans abcès de la séreuse. L'absence de suppuration, et partant, la non production consécutive de l'atrophie testiculaire, sont ici vraisemblablement dues à ce que le liquide injecté était trop dilué, eu égard d'ailleurs à la petite quantité de pus recueilli sur notre malade.

Le même liquide enfin, inséré sous la peau, ou déposé sur la conjonctive oculo-palpébrale du même chien, n'a donné lieu à aucune vascularisation, ni irritation quelconque.

En résumé, je crois devoir tirer les conclusions ci-après :

1° L'épididymite blennorrhagique peut se terminer par suppuration, et par suppuration de la vaginale exclusivement ; la suppuration primitive du parenchyme testiculaire, de par la blennorrhagie, ne paraît pas devoir être admise.

2° Le microbe qui produit l'orchite blennorrhagique simple est vraisemblablement le même que celui qui produit l'orchite suppurée de même nature ;

3° *La toxalbumine* trouvée dans le pus de la vaginalite blennorrhagique suppurée (observation clinique) est très voisine, sinon identique, de *celle* qui est retirée des cultures, — du microbe trouvé dans l'orchite ou dans le pus uréthral, — cultivé et étudié isolément (observations expérimentales).

4° Il paraît donc démontré que, dans certains cas du moins, un où le microbe trouvé dans l'uréthrite blennorrhagique, est capable de sécréter un produit toxique pour le testicule, analogue, sinon identique à celui trouvé dans l'épididymite suppurée elle-même, réservant l'hypothèse que, dans nombre de cas, ce même microbe est incapable des mêmes effets, peut-être par défaut de sécrétion toxique.

5° Enfin, il nous paraît démontré, d'après nos recherches antérieures, qu'il y a analogie, sinon identité, entre la *toxine* provenant de l'épididymite blennorrhagique suppurée d'une part, et la *toxine* provenant du « staphylocoque uréthral », microbe saprophyte vivant dans l'urèthre normal et sain.

Note sur l'adénopathie zostérienne,

Par M. BARTHÉLEMY.

J'ai déjà signalé (1) une observation de zona thoracique dans lequel, *dès le début même de l'éruption*, étaient apparues des adénopathies aiguës, les unes au niveau de l'aisselle correspondante, les autres au niveau de l'épine de l'omoplate. Il vient de m'être donné d'observer un nouveau fait analogue, à l'occasion d'un zona du 5e nerf

(1) *Annales de Dermatologie*, janvier 1891, p. 21.

intercostal du côté droit. J'y reviens parce que ce petit fait peut contribuer, si je ne me trompe, à jeter quelque clarté sur la pathogénie toujours obscure du zona.

Un jeune homme de 26 ans, vigoureusement constitué, jamais malade auparavant, se plaint d'un violent point de côté brusquement survenu depuis la veille. Une très légère fièvre étant apparue dans la nuit, le malade, craignant une fluxion de poitrine, vient consulter.

Je constate un mouvement fébrile à peine marqué, 37°,7. L'auscultation décèle et permet d'affirmer un état de tous points physiologique de la fonction respiratoire.

Faisant déshabiller complètement le malade, je trouve deux ganglions nettement marqués, unilatéraux, mobiles, du volume : l'un d'une petite noisette, l'autre d'un noyau de cerise ; le malade étant maigre, la peau étant tendue, les adénopathies font une petite saillie visible à distance. Elles siègent un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate, au sommet de la fosse sous-épineuse.

De type franchement aigu, elles n'existaient pas auparavant ; du moins, elles n'avaient jamais été remarquées par le malade qui, actuellement, en souffre très vivement à la moindre pression. D'après son dire, cette lésion aurait été ressentie pour la première fois, dans la nuit, en même temps que la légère poussée fébrile, c'est-à-dire avant toute éruption. Du reste, si, au moment de mon examen, l'existence de la nature zostérienne du mal ne pouvait faire de doute, le zona n'était encore marqué que par des plaques rouges, isolées les unes des autres, irrégulièrement disposées le long du trajet du 5e nerf intercostal ; une plaque présentait au centre la saillie d'une seule vésiculette non encore développée.

Deux jours après, l'éruption avait complété son développement sans persistance de la fièvre. Quant aux adénopathies, elles diminuèrent peu à peu et restèrent perceptibles jusqu'au 7e jour de l'éruption.

En l'absence de toute complication, irritation ou lésion locale, il semble bien que l'adénopathie, dans ces 2 cas, relève directement du zoster.

J'insiste sur *son apparition nettement pré-éruptive ;* ce qui permet peut-être de penser que le zona n'est pas une simple lésion locale symptomatique seulement d'une névrite — l'éruption étant le cri de souffrance du nerf, la conséquence trophonévrotique, le témoin de la névrite, — laquelle constituerait toute la maladie. Ne doit-on pas penser plutôt que la névrite, comme sa manifestation cutanée, relève d'une cause générale, toxique ou infectieuse, en tout cas ne limitant pas son action au système nerveux et intéressant parfois aussi, non secondairement, mais primitivement, le système lymphatique correspondant au département cutané qui sera le siège de l'éruption ; ce symptôme pour avoir toute sa signification doit être rapproché de la spontanéité du mal, de la soudaineté de l'invasion, de l'absence de récidive du

zona, de certains symptômes généraux et autres caractères signalés par Landouzy.

En d'autres termes, la névrite, quand elle existe au préalable, comme chez certains sujets alcooliques ou diabétiques, est une condition favorable, mais nullement nécessaire et constante; il faut en plus un agent spécifique qui trouve tout simplement dans ce cas un terrain mieux préparé. Cette névrite préexistante se borne à créer une opportunité morbide et une détermination pour un agent qui a, d'ailleurs, une affinité élective fort remarquable pour le système nerveux, mieux encore que le tétanos ou que d'autres agents infectieux. L'agent zonifère affecte d'ailleurs primitivement à son tour la nutrition des nerfs atteints par le zona, comme le prouvent, dans certains cas, les troubles trophiques immédiatement et directement consécutifs à l'éruption zostérienne. Il ne faut en effet nullement confondre avec le zona, les éruptions zostériformes qui surviennent par le fait de troubles trophiques préexistants et d'altérations chroniques de troncs ou de ganglions nerveux.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, les observations que je rapporte, celles que viennent de me signaler les D[rs] Baudoin et Le Baron, dont ma communication a réveillé les souvenirs, démontrent que dans un certain nombre de cas de zona, le nerf n'est pas seul touché ; mais que, d'emblée et dès le début du mal, le système lymphatique correspondant est intéressé : fait qui n'est certes pas sans valeur nosologique.

M. G. Baudoin. — Le fait que j'ai signalé à M. Barthélemy, a trait à un cas de zona de la cuisse dans lequel il existait des ganglions très nets dans l'aine correspondante. J'ai eu l'occasion d'observer, ces jours derniers, dans le service de M. Albert Robin, un autre cas analogue : il s'agissait d'un zona thoracique avec éruption très étendue, qui s'accompagnait de la présence de ganglions volumineux dans l'aine et dans l'aisselle. Dans ces 2 faits, les adénopathies se sont développées avant toute exulcération cutanée.

Éruption pemphigoïde antipyrinique,

Par le D[r] Petrini, de Galatz.

Depuis que l'on emploie l'antipyrine, plusieurs cas de manifestations cutanées ont été signalés à la suite de son administration à l'intérieur. Pour la plupart, ce sont des érythèmes plus ou moins généralisés.

Tout dernièrement Veiel (1) a publié l'observation d'un malade rhu-

(1) Archiv. für Dermatologie und Syphilis, 1891, S. 33.

matisant auquel, pour une forte céphalalgie, son médecin fit prendre de l'antipyrine. Aussitôt après, il survint un violent prurit occupant les lèvres, la paume des mains, la plante des pieds et le gland, puis de l'œdème des lèvres avec apparition de bulles de la grosseur d'un haricot. D'autres bulles se produisirent également entre les orteils ; et deux autres sur la voûte palatine.

A la plante des pieds et à la paume des mains apparurent des plaques ortiées prurigineuses, mais elles ne se transformèrent pas en bulles. Au bout de trois semaines il n'y avait plus rien. Ces accidents cutanés se sont répétés trois fois encore chez le malade à des époques assez éloignées, c'est-à-dire toutes les fois que le malade prenait de l'analgésine. Chaque fois on a observé les mêmes localisations.

Le cas que j'ai observé et qui fait le sujet de cette communication pouvait être pris à première vue pour un véritable pemphigus bulleux, tellement l'éruption bulleuse était généralisée, et l'abattement de la malade considérable.

Du reste cette idée m'est venue à l'esprit, lorsque je me suis trouvé au lit de la malade ; d'autant plus qu'à ce moment je venais de perdre un malade atteint d'un pemphigus malin, qui avait beaucoup de ressemblance au point de vue de lésions cutanées, avec le cas que je décris actuellement. D'un autre côté, je n'avais pas connaissance à ce moment du cas de Veiel.

La nommée M. C..., 22 ans, mariée, de nationalité roumaine, est reçue dans mon service de l'hôpital Colentina, le 13 octobre, et sort guérie le 19 novembre 1891.

Comme antécédents de famille, la malade dit que son père était sujet à des maux de tête. Les trois frères sont bien portants. Réglée à 15 ans, elle a toujours été bien réglée.

Elle dit que depuis trois ans, elle a des douleurs de tête, localisées au front, revenant tous les deux ou trois jours. Ces douleurs se produisent souvent dans la matinée et sont plus prononcées avant et pendant la menstruation. Pas d'épistaxis. La malade a souvent des vertiges, et, il lui arrive quelquefois de tomber par terre, sans perdre connaissance. Pourtant elle n'est pas très anémique, la numération des globules rouges du sang le démontre. Pas de souffle cardiaque. La malade est un peu névropathe. Tous les organes sont à l'état normal. L'année dernière, elle a été soignée à ce même hôpital pour une métrite catarrhale.

Trois mois avant son entrée dans notre service, la malade, ayant une forte céphalalgie, alla à la consultation gratuite de l'hôpital où on lui donna deux paquets de poudre, qui selon la malade, aurait été de la quinine. Aussitôt après avoir pris un de ces paquets, elle fut prise d'une forte démangeaison sur tout le corps ; et le même jour apparurent quelques bulles sur le tronc et dans la cavité buccale. Elle ne prit pas le deuxième paquet, et retourna deux jours plus tard, à la même consultation où on lui donna un gargarisme.

Huit jours après la malade était complètement rétablie.

Une semaine avant son entrée dans le service, la malade étant de nouveau atteinte d'une violente céphalalgie, retourna à la même consultation.

Elle dit qu'on lui a prescrit de la quinine et de l'antipyrine en deux paquets. Aussitôt après avoir pris ces poudres, elle ressentit une démangeaison occupant tout le corps, y compris la tête et le visage, avec température élevée, respiration accélérée. Deux heures plus tard, elle remarqua des taches rouges sur le dos des mains, où apparurent ensuite des bulles grosses comme des noisettes, distendues par un liquide citrin. Des taches rouges apparurent ensuite sur différente régions, où les bulles firent bientôt leur apparition.

Après le développement des orteils, les démangeaisons et l'agitation avaient disparu en partie ; mais la malade éprouvait encore des picotements dans l'oreille et le visage du côté droit.

Elle ressentit surtout une grande gêne dans la cavité buccale, où se développèrent en premier lieu de nombreuses bulles.

A son entrée dans nos salles, je constate : une éruption de bulles occupant la plupart des régions des téguments. Ces bulles se présentent aux différentes périodes de leur évolution. A côté de bulles bien développées, distendues par un liquide citrin, on en trouve d'autres affaissées plus ou moins complètement.

Ailleurs on voit des taches rouges livides, et des croûtelles épidermiques grisâtres.

Pour préciser davantage, je dirai que ces bulles occupaient le visage, la cavité buccale, le cou, les épaules, les bras et les avant-bras, le tronc, le dos, la poitrine, l'abdomen, les fesses.

Elles étaient plus rares sur les cuisses et les jambes.

Ces bulles avaient des diamètres variables ; oscillant depuis les dimensions d'une pièce de 50 cent. à celles d'une pièce de 1 franc, de 2 francs, et même de 5 francs en argent. Ces dernières occupent seulement les mamelles, où elles siègent moitié sur le mamelon, moitié au-dessous de lui. Sur la mamelle du côté droit, on observe une bulle qui a l'aspect d'un biscuit, résultant probablement de la réunion de deux bulles sphériques.

Le contour de ces éléments est très bien limité ; les bulles sont séparées de la peau saine par un cercle rougeâtre. Leur distribution est assez symétrique à droite et à gauche ; cette symétrie s'observe aussi par rapport à leurs dimensions.

Les paupières sont rouges et couvertes de petites bulles, intéressant seulement leur partie supérieure. Les angles internes des yeux présentent aussi les traces de cette éruption.

Du côté de la cavité buccale on trouve aussi le même processus. La voûte palatine et le reste de la muqueuse buccale et linguale sont couvertes de détritus épithéliomateux et d'érosions. Sur la voûte palatine on voit de petites bulles affaissées en partie. L'aspect de ces lésions rappelle très bien la diphthérie. En raclant doucement la langue, l'on met en évidence la muqueuse rougeâtre, qui est très sensible au contact de l'air.

Sur les commissures buccales on voit aussi des érosions et des croûtelles grisâtres.

La marche des bulles a été la suivante :

La plupart sont restées distendues par le liquide citrin pendant quatre et cinq jours ; le liquide ne devenait pas trouble durant ce temps. Puis, peu à peu, la résorptiou du liquide commençait à se faire ; les parois de la bulle s'affaissaient, séchaient ; ensuite survenait l'exfoliation. On ne pouvait pas rompre ces bulles en les pressant doucement avec les doigts ; parce que leurs parois étaient formées par plusieurs couches de cellules épidermiques.

Depuis le commencement jusqu'à la fin, le liquide contenu dans les bulles a toujours été citrin, clair, jamais il n'est devenu trouble.

A la place des bulles affaissées on voyait par transparence le derme rouge, couvert par les productions épidermiques en exfoliation.

Cet état a persisté pendant une dizaine de jours.

Le lendemain de l'entrée de la malade dans le service, je prescris : Bromhydrate de quinine, 1 gr. 20, en 2 paquets ; saccharine, bicarbonate de soude ââ,1 gr. ; eau distillée, 200 gr. pour gargarisme ; perchlorure de fer, 40 gouttes par jour, à prendre dans du vin. Diète lactée.

Au bout de deux jours, grande amélioration de l'état local et général. La cavité buccale est en grande partie nettoyée ; la malade peut mieux avaler et remuer sa langue.

De sorte que l'idée d'une toxidermie bulleuse se confirme davantage.

Le 18 octobre, la malade se plaint de maux de tête et, peu avant la visite du matin, elle a eu une épistaxis.

Je continue le même traitement.

Le 19, l'état général et l'état local étant de plus en plus satisfaisants, et, dans le but de m'assurer laquelle des deux substances médicamenteuses, la quinine ou l'antipyrine, a été la cause de cette éruption, je prescris 1 gramme de sulfate de quinine, que la malade continue à prendre pendant trois jours.

A la suite de cette médication je ne vois survenir aucun changement, le bien se maintient.

Le 22. Je prescris 2 grammes d'analgésine en 4 cachets, que la malade prendra d'heure en heure. Aussitôt après avoir pris de ces poudres, la malade fut prise d'une forte démangeaison sur toute la surface du corps, elle fut agitée ; la face, les paupières et les lèvres devinrent rouges et se tuméfièrent.

Le lendemain, dans les points où avaient existé les bulles, et qui venaient de reprendre une coloration presque normale de la peau ; on constate une rougeur avec tuméfaction, et sur certaines régions du suintement.

Je prescris encore, pour mieux m'assurer du fait, 2 grammes d'analgésine.

Le lendemain, on observe sur les paupières et les lèvres déjà œdématiées, l'apparition d'un grand nombre de petites bulles ; sur le dos de la langue on voit également des vésicules ; et sur son bord gauche une bulle grosse comme une noisette.

Les bulles existantes sur l'abdomen et sur les jambes, et qui étaient presque sèches, commencèrent à se soulever de nouveau, distendues toujours par un liquide transparent. Une rougeur plus intense limite la péri-

phérie de ces efflorescences. Sur les fesses et les cuisses on observe un érythème papuleux.

La muqueuse du vagin est très rouge, et à la face interne de grandes lèvres on constate l'existence de quelques bulles, en partie crevées.

Je prescris 1 gramme de bromhydrate de quinine et le gargarisme à la saccharine.

Le 25. On constate de nouvelles bulles entre les épaules. Les lèvres sont rouges et couvertes de masses épithéliales en desquamation. Les paupières, toujours tuméfiées, sont couvertes de petites bulles.

Les grosses bulles qui occupent les mamelles laissent suinter un liquide sanguinolent. Je fais continuer le bromhydrate de quinine, la saccharine, et je prescris de la vaseline boriquée pour le pansement de grandes bulles, qui se sont déjà rompues.

Le 26. La poussée de bulles cesse, leur régression commence.

On continue le même traitement.

10 novembre. La malade est tout à fait bien ; toutes les bulles sont séchées. A leur place on voit une pigmentation brunâtre.

Comme la malade est, à un certain degré, névropathe et, dans le but de m'assurer que la suggestion n'a été pour rien dans les manifestations cutanées, je lui fais prendre à son iusu 1 gramme d'antipyrine Leperdriel.

Le lendemain je constate un érythème assez généralisé de la peau, avec rougeur des muqueuses visible, et la malade nous dit que, aussitôt qu'elle a eu pris, la veille, la potion prescrite, elle s'est sentie mal à l'aise, a eu des maux de tête et des démangeaisons sur tout le corps. Prévoyant une nouvelle poussée bulleuse si je continuais l'analgésine, je prescris à la malade une limonade citrique et la diète lactée.

Trois jours après, l'érythème avait disparu, ainsi que les démangeaisons.

Le 19. La malade, complètement guérie, sort de l'hôpital. Les taches pigmentaires persistaient encore à sa sortie.

L'examen microscopique du sang, comme aussi du liquide de bulles, ne nous a pas donné de renseignements de valeur.

Dans l'urine, quelques cylindres hyalins, des cellules épithéliales du bassinet, de la vessie et un grand nombre de globules du pus. Nous avons trouvé aussi 30 centigrammes d'albumine par litre d'urine.

Ce cas présente, comme on vient de le voir, un certain intérêt clinique. N'étant pas prévenu de l'existence de semblables cas, on n'hésiterait pas à prendre des manifestations de ce genre pour un véritable pemphigus bulleux. L'anamnèse de la malade et la marche ultérieure de l'éruption pourraient toujours éviter une semblable méprise. A ce point de vue, cette observation, qui, à ma connaissance, est la seule dans ce genre, pourrait encore venir eu aide au diagnostic.

Je ferai observer que le contenu liquide des bulles a été transparent, depuis le commencement jusqu'à complète résorption. La plupart des bulles se sont affaissées au fur et à mesure de la résorption du liquide, sans se rompre, comme cela se voit dans d'autres cas.

Quant à l'étiologie de cette éruption bulleuse, je ne puis invoquer que la nature nerveuse de la malade, et une idiosyncrasie particulière. Elle est certainement le résultat de l'intoxication de l'organisme par l'analgésine ; aussi peut-on ranger ce cas parmi les toxidermies bulleuses.

Comme on vient de le voir, avec deux grammes d'analgésine par jour, continués pendant deux jours, j'ai pu assister à une nouvelle poussée bulleuse Toutefois, cette poussée a été moins généralisée, que celle qui existait au moment de l'entrée de la malade dans nos salles. Cete femme avait-elle pris au moment de cette première éruption une dose plus forte du médicament ? Cela est probable, puisque avec un gramme d'antipyrine je n'ai pu obtenir qu'un érythème ; tandis que avec deux grammes, il s'est produit un certain nombre de bulles ; de sorte que je serais porté à penser que la malade a pris trois ou quatre grammes la première fois.

Il est possible aussi que l'organisme soit plus disposé à l'intoxication à un moment donné, plutôt qu'à un autre.

Au cours de la séance, M. le Dr Aug. Ducrey (de Naples) a été nommé membre correspondant étranger de la Société.

Le secrétaire,

VERCHÈRE.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1892

PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

SOMMAIRE. — Ichtyose fœtale et syphilis congénitale. Présentation d'un moulage, par M. BAR. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, HALLOPEAU, VIDAL.) — Trichophytie circinée des régions à épiderme corné, par M. VIDAL. (Discussion : MM. HALLOPEAU, JULLIEN, DARIER, QUINQUAUD, DJELALEDDIN-MOUHKTAR.) — Leucoplasie buccale chez un malade atteint de vitiligo, par M. DU CASTEL. — Vitiligo développé à la suite d'injections de lymphe de Koch, par M. DU CASTEL. — Engelures et asphyxie locale des extrémités, par M. LEGROUX. (Discussion : MM. VERCHÈRE, THIBIERGE, FEULARD, VIDAL.) — Observation pour servir à l'histoire du pemphigus foliacé. Dermatite exsudative bulleuse et exfoliante mixte primitive, par M. ERN. BESNIER. (Discussion : MM. HALLOPEAU, QUINQUAUD.) — Un cas de syphilis secondaire anomale et maligne, mutilante ; forme tuberculo-ulcérante gangréneuse. Remarques thérapeutiques, par M. ERN. BESNIER. — Sur un lupus érythémateux végétant, par M. H. HALLOPEAU. — Tuberculose primitive et isolée du pharynx, par M. JULLIEN. (Discussion : M. ERN. BESNIER.) — Sur un cas de rhinosclérome. Absence de bacilles de Frisch, par M. L. JACQUET. (Discussion : MM. VIDAL, ERN. BESNIER.) — Gommes des deux iris. Syphilide pigmentaire du cou. Alopécie en clairière, chez un homme syphilitique depuis 6 mois, par M. HUDELO. (Discussion : MM. ERN. BESNIER, MAURIAC.) — Syphilide pigmentaire généralisée, par M. HUDELO.

Moulage d'un fœtus atteint d'ichtyose fœtale,

Par M. BAR.

Le moulage que je montre aujourd'hui à la Société a été fait autrefois, il y a une dizaine d'années, dans le service de M. Tarnier qui a bien voulu m'autoriser à le présenter aujourd'hui.

L'enfant qu'il représente est né vivant en 1881, mais il succomba quelque temps après sa naissance. On essaya de prolonger la vie par la respiration artificielle, par l'insufflation, mais sans résultat. La peau était épaisse, résistante, formait une véritable cuirasse, dont le moulage rend mal l'aspect, et qui empêchait la dilatation thoracique de se faire par l'inspiration. Au niveau du thorax, sur le cou, les épaules, les bras, les cuisses, on trouve les fissurations que l'on indique dans l'ichtyose fœtale. J'ai fait des coupes de ces lésions cutanées

et j'ai pu constater un épaississement, une épaisse kératinisation de la couche épidermique.

Il y a longtemps que ce cas s'est présenté à mon observation et je n'ai pu retrouver de notes le concernant. La mémoire me fait défaut et je ne saurais dire si la mère était syphilitique.

Je dois cependant ajouter qu'il m'est arrivé de voir des nouveau-nés syphilitiques, atteints de lésions analogues à celles d'une macération sèche et distinctes de celles que présente le moulage ici montré.

Kuster, il y a 2 ans, a représenté dans son livre un cas de syphilis congénitale de la peau qui offre la plus grande analogie avec un cas d'ichtyose congénitale. De sorte que je crois difficile de trancher la question, et je considère ce point comme tout à fait obscur.

M. Barthélémy. — Je trouve que le fait présenté par M. Bar offre le plus vif intérêt. Il permet, je crois, de tirer cette conclusion que les faits qualifiés d'ichtyose fœtale sont de nature très différente. Le malade, apporté par M. Hallopeau, a une desquamation étendue, superficielle, disposée en bandes larges, minces, lisses, égales, comme de collodion desséché ainsi que l'a dit M. Besnier. Le sujet de M. Bar, comme celui de Livingstone, comme ceux de Lassar, de Hébra, de Geber, présente des crevasses profondes, entaillées dans un épiderme dur et épaissi, correspondant surtout à des plis de flexion n'ayant pu être réalisée.

Les coupes faites par M. Bar sont aussi des plus instructives : outre qu'elles rappellent avec une remarquable exactitude, les coupes de Livingstone, elles font connaître un degré encore plus marqué, encore plus complet des lésions épidermiques ; on y voit l'épiderme s'enfoncer profondément dans le derme et il devient évident par cet examen que la lésion est primitivement épidermique bien plus que dermique.

Au point de vue microscopique comme au point de vue clinique, il n'y a donc aucune analogie à établir entre les faits de desquamation superficielle et ceux d'hyperkératose fœtale.

Dans les faits englobés sous le nom d'ichtyose fœtale, il y a donc non seulement des faits relevant de la syphilis héréditaire (téguments en apparence de pommes cuites ou de brûlure), mais encore de simples accumulations de produits d'hypersécrétion (séborrhée généralisée) et enfin des faits de véritables lésions dans la conformation ou de malformation des téguments et surtout de l'épiderme.

En tout cas, je crois, pour ma part, que tous ces phénomènes, aboutissant à un simple aspect symptomatique commun à plusieurs causes, n'ont rien de commun avec l'ichtyose vraie. La dénomination d'ichtyose fœtale prête donc à une confusion regrettable ; elle ne doit être employée que provisoirement.

Le sujet présenté par M. Bar est né d'une mère syphilitique. Sans doute la malformation générale, hideuse, de cet être misérable peut être attribuée à l'influence nuisible du virus sur le développement de l'ovule ; pourtant il y a de notables différences entre les lésions profondes telles qu'elles nous sont montrées ici dans l'épiderme et les desquamations minces, lisses,

superficielles, même très étendues qui permettent de faire à première vue le diagnostic de la syphilis héréditaire.

M. Hallopeau — Malgré l'impression contraire de M. Barthélemy et les doutes que plusieurs de nos collègues ont émis dans la dernière séance, relativement au diagnostic d'ichtyose fœtale que nous avons porté avec M. Watelet, nous avons la conviction que nous étions dans le vrai. Il est toujours délicat de poser et aussi de discuter un diagnostic quand il s'agit d'une maladie que l'on n'a encore jamais eu l'occasion d'observer personnellement et que l'on ne connaît que par les descriptions des auteurs, si excellentes qu'elles soient, et les difficultés augmentent si l'on n'a pas affaire à un cas typique de la maladie ; il en était ainsi pour notre petit sujet. Nous croyons cependant devoir maintenir, intégralement le diagnostic que nous avons formulé. En effet, si nous comparons les caractères de la dermatose de notre malade avec ceux qui ont été assignés par les auteurs à l'ichtyose fœtale, nous arrivons aux conclusions suivantes :

Comme dans l'ichtyose fœtale, la dermatose de notre petit malade a existé au moment de la naissance ; le feuillet corné de l'épiderme était altéré dans toute son étendue ; il était le siège de fissures irrégulières circonscrivant des plaques plus ou moins larges ; la bouche était déformée ; les paupières supérieures étaient renversées en dehors ; les pavillons des oreilles n'avaient pas leur configuration normale ; les membres étaient à demi fléchis ; les doigts et les orteils étaient incurvés et lisses ; les bords des plaques épidermiques pouvaient être relevés et détachés dans une étendue plus ou moins considérable ; ces analogies ne suffisent-elles pas pour établir qu'il s'agit d'un même type morbide ? Il est vrai que, dans les faits qui ont servi surtout à la description de M. Thibierge, les altérations de l'épiderme étaient beaucoup plus prononcées, que cette membrane y présentait une épaisseur moyenne de 1 à 6 millim., que les déformations y étaient plus considérables, mais ces différences s'expliquent suffisamment si l'on admet qu'il s'agit de formes plus accentuées d'une même maladie.

Notre petit malade n'est pas le seul chez lequel l'ichtyose congénitale se soit produite sous une forme atténuée ; il existe plusieurs faits semblables dans la littérature médicale ; nous citerons particulièrement ceux de Caspary, de Lang et de Behrend.

Dans l'un des cas de Caspary, l'enfant avait atteint l'âge d'un an et demi ; dans l'autre, quatre ans, les paupières supérieures étaient en ectropion, la peau desquamait et était plissée comme si elle eût été trop grande pour son contenu, le feuillet corné de l'épiderme ressemblait à une feuille mince de parchemin. Caspary dit expressément que dans tous ces cas la peau était atrophiée ; il n'y avait donc pas l'épaississement énorme qui a frappé les premiers observateurs et cependant il n'est pas douteux que ces cas ainsi que les faits d'atrophie cutanée congénitale de Behrend n'appartiennent au type de l'ichtyose fœtale. Il nous paraît hors de toute contestation qu'il en est de même pour notre petit malade ; contrairement à M. Barthélemy, nous lui trouvons une ressemblance frappante avec le moulage de M. Bar, ce sont les mêmes craquelures de l'épiderme, le même

renversement des paupières, les mêmes déformations des membres. Si le jour où nous l'avons présenté, l'épiderme était en grande partie desquamé, c'est que l'enfant avait atteint la fin de son premier septénaire ; son aspect était tout autre et exactement conforme aux descriptions classiques quand nous l'avons vu pour la première fois, quatre jours après sa naissance, dans la plupart des cas qui ont été publiés, la mort est survenue avant que la desquamation n'ait eu le temps de se produire ; d'où les différences trompeuses avec notre petit sujet qui présente une forme atténuée de ce type morbide.

M. Vidal. — On trouve des lésions analogues chez des syphilitiques ; Bertin les a mentionnées. Ce sont des desquamations se produisant soit au moment, soit quelques jours après la naissance. C'est un symptôme commun à différents états morbides.

M. Hallopeau. — Mais dans ces cas, il n'y a ni l'ectropion, ni les déformations caractéristiques des doigts, des orteils, des oreilles. Ce ne sont pas des cas analogues au mien.

M. Vidal. — Il y avait des déformations chez ces fœtus syphilitiques, moins accentuées que chez celui que présente M. Bar, mais j'en ai constaté se produisant par rétraction de la peau, comme cela se produit dans le pityriasis rubra véritable ; il peut y avoir rétraction de la peau, ectropion, tiraillement et déviation de la bouche, etc.

M. Bar. — M'appuyant sur les faits, je peux dire qu'il est assez fréquent de voir des enfants nés vivants présentant de larges desquamations, ces faits sont assez communs pour qu'on puisse les reconnaître.

Dernièrement j'eus sous les yeux un malade de cet ordre. Un nouveau-né présentait de larges plaques épidermiques qui se soulevaient sur les mains, le tronc, le cuir chevelu ; on songea à la syphilis ; mais ayant montré le petit malade à l'interne d'un des services de dermatologie, le diagnostic fut réformé. Sur ces entrefaites on interrogea de nouveau la mère avec plus de soin encore et on la découvrit syphilitique.

Il y a deux mois un autre nouveau-né présenta à mes yeux de larges plaques desquamatives de la tête, du cuir chevelu. M. Guéniot auquel je parlai du malade me dit avoir vu des faits semblables chez les syphilitiques. Il n'y avait aucune lésion apparente autre permettant de penser à la syphilis. Ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'apparut de l'onyxis, de l'iritis ; en somme, le diagnostic de syphilis était confirmé. Mis au traitement, l'enfant guérit rapidement.

Ces lésions syphilitiques étaient certainement différentes de celles que nous montre le moulage. Mais le fait de Kusner est identique à ce dernier, et Kusner a trouvé à l'autopsie des lésions du foie, de la rate, de la peau, des os. A Cologne, il y a un fait analogue, une pièce très ancienne qui n'a fait l'objet d'aucune narration et qui montre un foie atteint de gommes, chez un fœtus ayant les mêmes lésions que celui de Kusner. Qu'en doit-on conclure ? les faits de gommes viscérales sont peu fréquents, et ce serait bien extraordinaire que deux affections aussi différentes que les gommes viscérales et l'icthyose fœtale, aient coïncidé chez ces deux

individus sans qu'il n'y ait eu dans leur apparition simultanée une origine commune.

M. Hallopeau. — Je ne connais que le fait de Kusner où pour moi il y a très probablement coïncidence. En tout cas on peut dire inversement qu'un seul fait où deux lésions sont simultanées ne peut entraîner une conviction et autoriser à les rapporter toutes deux à une cause commune.

Trichophytie circinée des régions à épiderme corné,

Par M. Vidal.

Le fait très intéressant de trichophytie circinée de la région palmaire que M. le Dr Djelalledin-Mouhktar nous a montré dans la dernière séance et celui de trichophytie circinée du pied dont il nous a présenté les dessins et dont en 1890 il a fait voir le malade à mes collègues de l'hôpital St-Louis et à moi-même, ne sont probablement pas exceptionnels et je crois pour ma part que j'en ai méconnu plusieurs, faute d'avoir fait l'examen histologique.

Je pense que l'observation publiée dans la dernière livraison de l'*Atlas international des maladies rares de la peau* (Ve livraison, pl. XV, fig. 2), par le professeur N. Mansouroff, doit être rapprochée de celles de M. le Dr Djelalledin-Mouhktar. Sous le titre de : « un cas de dermatomycose circonscrite de la main (Inosis dermica) », notre savant collègue de Moscou a relaté brièvement les signes cliniques d'une dermatose parasitaire observée sur une jeune fille de 18 ans. Un mois après l'apparition de papules blanches, sèches et prurigineuses sur la face dorsale du pouce, au voisinage de l'ongle, la lésion s'était propagée en présentant une forme ovoïde et par extension de ses bords, depuis l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'au niveau de l'ongle. A la fin du deuxième mois la surface atteinte était rouge, luisante, couverte de petites lamelles sèches ; les bords étaient élevés, circonscrits et composés de fortes lamelles épidermiques.

L'examen histologique, fait par le professeur Sorokine de Kazan et par le Dr Basile Kriloff, montra dans les squames des parasites en grande quantité. Ces parasites, dont l'espèce ne paraît pas avoir été parfaitement déterminée, avaient beaucoup de ressemblance avec le trichophyton.

Le professeur Mansouroff dit avoir eu antérieurement l'occasion de voir un cas de mycose analogue au précédent, sur la plante du pied d'une femme d'une trentaine d'années. La lésion formait une tache rouge, sèche, et squameuse, de la grandeur d'une pièce de deux francs. Les squames étaient assez épaisses et fragiles.

« L'examen microscopique montrait des gonidies et des filaments de mycélium tout à fait semblables à ceux du trichophyton. »

Dans le premier cas le professeur Sorokine émet des doutes sur la nature trichophytique de la végétation parasitaire et ne paraît pas admettre qu'elle appartienne au trichophyton tonsurans de Malmsten. Cela nous conduirait à nous demander si, comme on l'a déjà avancé en Allemagne, il y a plusieurs variétés de trichophyton. Ne peut-on pas soutenir avec plus de probabilités que suivant le terrain sur lequel elle se développe et dans un épiderme plus épais, la végétation parasitaire peut être plus active et fournir un mycélium plus abondant que dans un épiderme mince.

M. Hallopeau. — Je pense, comme M. Vidal, que la forme de trichophytie décrite par M. Djelalleddin-Mouhktar n'est pas aussi sûre qu'on pourait le penser au premier abord, et qu'elle est généralement méconnue. J'en ai présenté dimanche un nouveau fait dans une leçon clinique : il s'agissait d'un vieillard qui présentait au niveau de l'éminence thénar de sa main droite, une plaque rouge, grande comme une pièce de un franc et entourée d'un léger soulèvement épidermique, en un point seulement ce soulèvement recouvrait une petite quantité de liquide séro-purulent, la lésion avait débuté 15 jours auparavant par une tache rouge qui s'était graduellement étendue ; l'examen histologique démontre l'existence dans l'épiderme soulevé de spores et de mycélium caractéristiques.

Il est bien vraisemblable qu'il s'agissait là de la trichophytie vulgaire, car la petite fille du malade en présentait au menton une plaque nettement caractérisée.

Comme M. Vidal, je pense que l'on conclut à tort de différences morphologiques dans les caractères du trichophyton à l'existence de variétés distinctes de ce champignon, et qu'il faut attribuer à l'action du milieu une influence prépondérante sur leur production ; de même qu'au point de vue des réactions biologiques la trichophytie diffère suivant qu'elle se développe au cuir chevelu, dans la barbe, sur les parties glabres, de même elle subit des modifications dans les caractères histologiques.

M. Darier. — Je pense, comme M. Vidal, que les observations publiées par M. Mansouroff se rapportent à des cas de trichophytie. L'auteur toutefois admet qu'il s'agit d'une dermatomycose d'une autre nature. Il se base d'une part sur des caractères morphologiques du parasite, caractères dont il est difficile d'apprécier l'importance en l'absence de figures, d'autre part sur des expériences de cultures entreprises dans des conditions telles qu'on n'en pouvait attendre aucun résultat probant.

Répondant à la question soulevée par M. Vidal, je dois dire que je crois possible qu'il y ait différentes espèces de trichophyton chez l'homme ; mais la preuve absolue, à l'aide de cultures irréprochables, n'en a pas encore été donnée, à ma connaissance du moins. Le trichophyton épilans de M. Mégnin est je crois spécial à l'espèce bovine.

M. Jullien. — Les faits analogues à ceux de M. Djelalleddin-Mouhktar, de M. Vidal ne me semblent pas rares et on devrait les rechercher dans les hôpitaux d'enfants. Je me rappelle en avoir vu une dizaine de cas pendant que je fréquentais l'hôpital Trousseau et il me sera possible dans la prochaine séance d'en apporter les observations.

M. Quinquaud. — J'eus l'occasion de voir un enfant atteint de cette trichophytie palmaire. Je m'enquis de son origine. Il y avait eu transmission par un veau malade. Je pris du trichophyton de ce veau et fis des inoculations à 6 ou 7 générations successives et j'obtins des lésions suppuratives sur des individus différents. J'en conclus donc qu'il existe des variétés de tricophyties qui sont mal distinguées.

M. Darier. — Je sais qu'il y a différentes variétés de tricophyties, chez les animaux; mais chez l'homme il n'a pas été démontré par culture qu'il y a des espèces différentes ou qui puissent se transformer.

M. Vidal. — Pour se rendre compte de la nature de cette tricophytie palmaire il faudrait l'inoculer dans d'autres régions, on verrait ainsi si elle reprend alors les caractères objectifs de trichophytie circinée qu'on a coutume de lui trouver.

M. Djelalleddin-Mouhktar. — Dans un des cas que j'ai présentés, la lésion s'est étendue de la plante vers la face dorsale du pied ; et sur le dos du pied elle a présenté les caractères ordinaires de la trichophytie.

Leucoplasie buccale chez un malade atteint de vitiligo,

Par M. Du Castel.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société, est atteint de vitiligo ; s'il faut s'en rapporter au dire de mon client, voici dans quelles conditions son affection aurait commencé : à l'âge de 3 ans, il tomba dans une cave ; quelques jours après on constatait la présence de cheveux blancs disséminés irrégulièrement sur toute la surface du cuir chevelu. Vers l'âge de 8 ans seulement, des taches blanches se montrèrent sur la surface du corps et débutèrent par la face postérieure des jambes : depuis lors, des plaques se sont développées successivement sur un grand nombre de points de la surface du corps.

Aujourd'hui on ne constate aucune affection viscérale. Le malade est très nerveux, très irritable et déclare avoir eu de véritables crises nerveuses dans son enfance. Les réflexes, à la piqûre, au toucher, au froid surtout, les réflexes tendineux sont excessifs. Prurit fréquent surtout au niveau des plaques de vitiligo, sueurs fréquentes, très abondantes, notamment la nuit et au réveil. Sensation de doigt mort, quand les mains ont été plongées quelques instants dans l'eau.

Les plaques de vitiligo sont nettement caractérisées, avec leurs formes arrondies, leur dépigmentation accusée, et leur bordure d'hyperchromie ; quelques-unes présentent sur l'un et l'autre côté du corps une symétrie relative.

Sur la tête, dans la barbe, nombreux poils blancs, mais la plupart disséminés et isolés, quelques-uns seulement réunis en groupes.

Sur la poitrine, la lésion présente une disposition remarquable ; autour de nombreux poils, on constate une auréole d'un millimètre de rayon, nettement décolorée, d'une blancheur éclatante. La plupart des poils, ainsi entourés d'une zone décolorée, ont conservé leur couleur normale et ne sont pas blancs.

Mais la lésion, pour laquelle j'ai cru devoir vous présenter le malade, n'occupe pas la peau, c'est une lésion de la muqueuse buccale, dont je voudrais bien connaître les relations avec la lésion de la peau.

La plus grande partie du dos de la langue est le siège d'une leucoplasie, d'une leuco-kératose très développée. Sur la partie moyenne du dos de la langue, une plaque nacrée, d'épaisseur inégale suivant les points, dure, bosselée, craquelée, s'étend d'un bord à l'autre de l'organe ; elle est divisée en plaques secondaires, en petits lobules par des sillons irrégulièrement disposés, peu profonds. La surface malade est le siège d'une grande sensibilité ; la pointe de la langue est normale.

La voûte palatine est le siège de lésions analogues ; le long des grosses molaires, de chaque côté, on voit deux bandes nacrées légèrement surélevées. Dans la concavité de la voûte, il existe trois petits îlots nacrés analogues.

Sur la face interne des joues, quelques plaques nacrées dans l'interstice dentaire.

Les lésions buccales se sont montrées, paraît-il, vers l'âge de 12 ans, et ne peuvent donc être considérées comme des plaques de fumeurs.

Existe-t-il une relation entre les lésions buccales et les lésions cutanées ? Quelle est cette relation ? Je serais bien heureux si quelqu'un de nos maîtres pouvait établir cette relation d'une façon positive ; pour ma part, je suis bien tenté de rapprocher l'une de l'autre, deux affections qui ont commencé l'une et l'autre dans l'enfance.

Vitiligo développé à la suite d'injections de lymphe de Koch,

Par M. Du Castel.

Ce second malade, atteint également de vitiligo, ne présente cliniquement rien de bien particulier, il tire cependant un certain intérêt des circonstances dans lesquelles son affection est survenue.

Ce jeune garçon était atteint depuis près de quatre ans de lupus du nez, quand, à la fin de l'année 1890, il fut soumis au traitement par les injections de lymphe de Koch. On ne lui fit que 3 injections, parce qu'il fut pris à la fois de réaction fébrile intense et de phénomènes de congestion pulmonaire.

Trois semaines environ après la dernière injection, des taches blanches se montraient au niveau des deux crêtes iliaques, puis aux bras. Aujourd'hui on constate des plaques de vitiligo très accusées le long des crêtes iliaques, sur les cuisses et les mollets, au niveau du pli du coude, sur les deux bras. Il m'a paru intéressant de signaler la production d'une dermopathie, considérée généralement comme d'origine nerveuse, à la suite de l'ébranlement considérable causé par trois injections de lymphe de Koch chez un malade qui supportait particulièrement mal ce traitement.

Asphyxie locale des extrémités. Ses rapports avec les engelures,

Par M. Legroux.

L'enfant que je présente à la Société offre un exemple type, des lésions que peut déterminer l'asphyxie symétrique et locale des extrémités. De plus, il me donne l'occasion de soumettre à la Société une théorie que j'ai déjà fait exposer par deux de mes élèves dans leurs thèses inaugurales (Thèses de M. Rossignot : *De la gangrène symétrique des extrémités chez l'enfant*, Paris, 1888 ; et de M. Bouchez : *De l'asphxyie locale des extrémités, ses rapports avec les engelures*, Paris, janvier 1892).

Dans le cas actuel, il s'agit d'une fillette de 15 ans, qui, en raison d'un arrêt de développement, n'a que l'apparence d'une enfant de 8 à 9 ans. Aucun indice de puberté commençante. Elle est pâle, bouffie, et porte au cou de nombreux et gros ganglions tuberculeux dont quelques-uns se sont jadis abcédés. D'ailleurs, on trouve la tuberculose chez ses ascendants maternels ; grand-père, grand'mère et tante ont succombé à la phtisie pulmonaire. Elle a été élevée au biberon, sevrée ensuite dans de mauvaises conditions, et n'a jamais eu qu'une alimentation grossière et défectueuse,

A l'âge de 7 ans 1/2, une menace de mal de Pott à la région dorso-lombaire l'a obligé de porter un corset de Sayre pendant plusieurs mois.

Lorsqu'en août 1881, cette enfant entra dans mon service, à l'hôpital Trousseau, je fus frappé par l'aspect de ses extrémités toujours bleuâtres et glacées, et par les traces de troubles trophiques graves de la peau et aussi de certains doigts des mains et des pieds. De plus, elle portait une ulcération violacée à la partie externe et inférieure de la jambe gauche que des applications d'emplâtre de Vigo n'ont pas tardé à guérir concurremment avec le repos au lit.

C'est à l'âge de 8 ans, que la maladie a débuté : des engelures apparurent aux doigts et aux orteils occasionnant de vives douleurs. Ces engelures se reproduisirent tous les ans et duraient presque toute l'année.

Au début de l'année 1891, les engelures furent plus ulcérées que d'habitude et l'index droit était surtout couvert d'ulcérations : l'ongle s'est soulevé, baigné par du pus, puis la phalangette est devenue noire et est tombée presque sans que la malade s'en soit aperçue.

Si l'on examine attentivement les mains et les pieds voici ce que l'on constate (1) :

La *main gauche* est marbrée depuis le poignet jusqu'au milieu du métacarpe, où la coloration devient bleuâtre et d'autant plus violacée qu'il fait au dehors une température plus basse. La cyanose est à son maximum au bout des doigts qui sont ardoisés.

La peau présente de nombreuses rides transversales et semble rétractée au niveau de la 1re et de la 2e phalange. Les ongles sont striés verticalement, surtout à l'index, à l'auriculaire et à l'annulaire. Au médius, l'ongle est déprimé par une concavité limitée par des bords saillants et est fort aminci vers son côté droit.

Sur la face palmaire la cyanose commence aux éminences thénar et hypothénar, formant comme un fer à cheval qui laisse à la paume de la main la coloration normale.

La *main droite* a la même coloration que la gauche. Sur la face dorsale, un petit point blanc marque une cicatrice d'une ulcération qui fut plus profonde que d'autres. Les doigts offrent la même rétraction sclérodermique de la peau au niveau des premières et deuxièmes phalanges, tandis que les lésions trophiques des ongles sont moins marquées.

L'index, de cette main a subi l'amputation spontanée de la 3e phalange où se voit une cicatrice transversale linéaire comme celle qu'aurait laissée une amputation à deux lambeaux, au-dessus de cette perte

(1) L'observation complète se trouve dans la thèse du Dr Bouchez.

de substance, la peau est plus gaufrée, plus cicatricielle, plus sclérosée que sur les autres doigts.

Le médius offre sur sa face dorsale deux points ecchymotiques l'un à droite et l'autre à gauche.

Aux deux mains, la sensibilité au froid est extrême, mais il n'y a jamais eu de douleurs spontanées, même à la période de la mortification de la phalange de l'index droit.

La sensibilité est conservée ainsi que la motilité.

Aux deux pieds, on remarque des marbrures, une coloration violacée et un refroidissement constant des orteils. De plus, il existe sur le 3e et le 4e orteils droits deux points ecchymotiques.

Les ongles sont, comme aux doigts, inégaux et striés soit transversalement soit longitudinalement, indices du mauvais état de la nutrition de la matrice des ongles.

Aux pieds comme aux mains, conservation de la sensibilité tactile.

Sur le bord externe des deux pieds, existent des taches violettes plus ou moins étendues.

Les deux tibias sont gros, épais, à gauche surtout, mais n'ont pas la courbure des tibias syphilitiques.

Rien au cœur ni aux poumons.

En résumé, nous voyons là un exemple d'asphyxie locale des extrémités permanente précédée d'engelures qui depuis 8 ans, se reproduisent tous les ans. Cette asphyxie locale a été assez intense pour amener le sphacèle et l'altération trophique de la peau (sclérodactylie partielle) et des ongles qui sont striés, amincis ou épaissis selon les hasards des lésions de la matrice unguéale.

Ce moulage, exécuté par M. Baretta, reproduit exactement les lésions et l'aspect des deux mains de ma jeune malade.

J'ai déjà eu un exemple analogue chez une enfant de 2 ans 1/2 dont l'histoire est reproduite dans la thèse de M. Rossignot (obs. IV) et dont j'ai fait mouler les deux pieds également par l'habile artiste M. Baretta. Dans ce cas, le processus asphyxique avait été rapide. En décembre 1887, l'enfant commençait à souffrir des orteils : bientôt les extrémités des 3e et 4e orteils du pied gauche sont devenues blanches, puis violacées, un suintement purulent s'établit par des fendillements de la peau qui furent considérés comme des engelures vulgaires, mais en 2 mois 1/2, les lésions sphacéliques avaient amené la chute des ongles, puis des dernières phalanges de ces orteils.

Pendant cette période, sur la plante des pieds et symétriquement au niveau des articulations métatarso-phalangienne des gros orteils apparaissaient des eschares blanc grisâtre de la largeur d'une lentille : on en voit de semblables, un peu plus petites sur la face plantaire et antérieure des gros orteils.

De plus, les deux petits orteils, 4 mois après le début des premiers accidents, en avril 1888, alors que ces accidents étaient en voie de cicatrisation, commencent à se gangrener en même temps qu'ils deviennent douloureux : des plaies suintantes avec eschares noirâtres intéressent l'ongle et l'extrémité du doigt, pendant que la peau de la région est d'un rose violacé.

Le repos au lit, un pansement à l'iodoforme amènent la cicatrice de ces lésions en moins d'un mois.

Là encore, nous voyons des engelures précéder les troubles asphyxiques et gangréneux.

C'est là d'ailleurs un fait qui se retrouve dans beaucoup des observations de Maurice Raynaud et d'autres auteurs, Johnston, Myers, Makins, Versalle, Massy, Dominguez, etc. (Voir les thèses de MM. Rossignot et Bouchez.

Or, si Maurice Raynaud avait raison de dire : « Défiez-vous d'engelures survenant à plusieurs doigts des deux pieds et des deux mains dans une saison et par une température où elles ne sont pas habituelles », il me semble rationnel d'envisager les engelures comme un processus moins banal qu'on ne le croit généralement.

N'a pas des engelures qui veut ; et les engelures se rattachent toujours à un état constitutionnel spécial, lymphatique. Ne peut-il pas se faire que les engelures, l'asphyxie locale des extrémités, la gangrène symétrique ne soient que les degrés de plus en plus accentués d'une dystrophie nécropathique, dont la syringomyélie nous offre un frappant exemple.

Il y a donc lieu de reprendre l'histoire pathogénique des engelures et de rechercher les cas où, après les engelures, s'est établie une asphyxie symétrique permanente et ceux où l'asphyxie symétrique s'est compliquée de gangrène symétrique.

La malade que je vous ai montrée plaide en faveur de cette idée pathogénique ; elle a des tares héréditaires tuberculeuses ; elle a eu un début de mal de Pott, elle a subi un arrêt de développement tel qu'à 15 ans, elle n'a l'air que d'en avoir 9, enfin, après avoir subi pendant de longues années des engelures, elle présente maintenant un état permanent d'asphyxie locale, et a subi enfin une gangrène d'un index en même temps que des lésions trophiques symétriques des doigts et des ongles.

M. Verchère. — La petite malade que nous avons sous les yeux peut prêter à des remarques très intéressantes, diagnostiques et pathogéniques. Si l'on examine attentivement les lésions actuelles dont elle est atteinte et surtout si l'on considère les cicatrices et les mutilations qui résultent de ses lésions anciennes, on ne peut s'empêcher de trouver une analogie, je dirai plus, une identité absolue avec l'ensemble des lésions que l'on a cou-

tume de trouver dans ce que l'on a appelé la maladie de Morvan, la parésoanalgésie de Morvan, incomplète, puisqu'elle ne présente ni anesthésie ni analgésie. Cependant les panaris, les tournioles dont elle a été atteinte, ont évolué sans douleur, la chute de l'index s'est faite sans qu'il y ait eu de véritable sphacèle. La cicatrice qu'elle présente actuellement n'a nullement l'aspect tourmenté des cicatrices suivies de gangrène, son doigt présente un moignon absolument analogue à celui que nous obtenons quand nous faisons chirurgicalement une amputation de doigt. Il n'existe qu'une cicatrice linéaire, à peine sensible, sans adhérences aux parties profondes, sans amincissement de la peau. Si je considère les doigts de cette enfant, ils sont froids, rouges et gros ; le doigt qui les presse y détermine des taches blanc mat, qui indiquent un trouble notable de la vascularisation capillaire. Sur la face dorsale on trouve une série de cicatrices qui sont le reliquat d'anciennes ulcérations ou peut-être de panaris analogues à celui de l'index. Enfin les ongles sont cannelés, fendillés, à moitié décollés, et cela des deux côtés. Cette bilatéralité des lésions, l'évolution parallèle de l'affection de chaque côté, la nature même, identique de toutes ces lésions, démontrent, je crois, péremptoirement, l'origine centrale de tous ces désordres.

Quelle peut-elle être ? L'enfant a été dans son jeune âge atteinte de mal de Pott. Actuellement en examinant l'enfant, je ne trouve pas de lésion rachidienne qui me permettrait d'affirmer avec certitude l'existence d'un mal de Pott, mais peu m'importe, je ne veux retenir que ce fait qu'il y a eu du côté de la colonne vertébrale quelque lèsion, quelque trouble qui a attiré l'attention et suffisante pour entraîner l'application d'un corset de Sayre. N'est-ce pas encore ce que nous avons accoutumé de trouver dans la maladie de Morvan, une lésion rachidienne. N'est-ce pas cette origine centrale de la maladie de Morvan qui l'a fait rejeter en tant qu'entité morbide, et l'a fait rattacher comme un des symptômes d'une affection médullaire plus complexe, la syringomyélie.

Ici aurions-nous une syringomyélie consécutive à un mal de Pott? ce serait possible, si le mal de Pott m'était démontré ; malheureusement il ne l'est pas. Et je ne veux pour preuves de l'origine centrale des lésions trophiques que présente la malade, que la présence aux membres inférieurs, à la jambe droite, d'une cicatrice très certainement de même ordre.

M. Legroux l'attribue à la scrofule. Elle ne m'a pas paru présenter les caractères de la scrofule. Elle est blanc mat, lisse, sans brides, sans irrégularités, elle présenterait plutôt l'aspect d'une cicatrice de brûlure. Elle est le résultat d'une perte de substance, d'une mortification ; c'est une plaque de gangrène qui s'est faite autrefois. Malheureusement le diagnostic de syringomyélie que je porte sur cette enfant ne peut être actuellement vérifié, mais suivant moi c'est celui que l'on doit porter d'après les symptômes objectifs, d'après l'évolution même de l'affection, d'après les phénomènes rachidiens qui se sont produits à un moment donné. Et cette simultanéité des engelures et des panaris de Morvan, qui du reste a déjà été signalée par Morvan lui-même, doit nous faire craindre que celles-ci ne soient pas seulement un désordre local tenant à une influence extérieure, mais bien un reflet extérieur d'une lésion, ou peut-être seulement d'un

état médullaire, entraînant les troubles de vascularisation et de nutrition, qui sont les engelures.

M. G. Thibierge. — Le fait très intéressant de M. Legroux ne fournit pas la démonstration absolue du rôle de la moelle dans la production des engelures et de l'asphyxie des extrémités. Les antécédents renseignent bien sur l'existence vraisemblable d'un mal de Pott ; mais l'examen actuel de la petite malade ne montre plus aucun signe certain de son existence et, s'il en reste quelque indice, c'est uniquement un certain degré de tuméfaction des apophyses épineuses des premières vertèbres lombaires. Or, une lésion médullaire par propagation d'une ostéopathie tuberculeuse des vertèbres lombaires ne peut expliquer par elle-même des troubles trophiques des membres supérieurs ; une dégénération ascendante de la moelle consécutive à une compression ou à une myélite transverse de la région lombaire ne remonterait pas assez haut pour produire des troubles trophiques des doigts et une lésion médullaire assez prononcée pour entraîner cette dégénération ascendante aurait sans doute laissé quelque trace de son existence. En outre, ce que l'on sait des troubles trophiques cutanés consécutifs aux myélopathies et en particulier de ceux observés dans la syringomyélie revêtant le type décrit avec tant de bonheur par M. Morvan doit donner à réfléchir avant d'attribuer à une lésion médullaire des troubles trophiques cutanés ne s'accompagnant ni de parésie, ni d'atrophie musculaire, ni de troubles de la sensibilité.

M. Feulard. — A propos des relations que l'on peut établir entre les engelures et l'asphyxie locale des extrémités je rappellerai le cas que j'ai en ce moment en observation, d'une jeune femme atteinte d'asphyxie locale des extrémités, pieds, mains et nez, à un degré encore fort léger il est vrai et qui a été tourmentée dans son enfance par des engelures revenant chaque hiver.

M. Vidal. — Les engelures ne sont pas toujours symétriques, et d'autre part j'ai eu des jeunes filles sujettes à l'asphyxie locale des extrémités qui n'ont jamais eu d'engelures. La relation de l'asphyxie locale des extrémités dont je ne conteste pas la possibilité ne me paraît pas absolue.

Observations pour servir à l'histoire du pemphigus foliacé ; dermatite bulleuse et exfoliante mixte primitive,

Par M. Ernest Besnier

L'histoire des affections bulleuses et exfoliantes, aujourd'hui en pleine révolution, réclame des faits nouveaux ; c'est pour satisfaire à cette exigence, que j'ai l'honneur de présenter à la Société cette malade ; je joindrai à ma communication l'observation récente d'un autre cas de la même dermatose, et j'ajouterai seulement quelques brèves remarques.

I. — A côté du pemphigus bulleux chronique typique, auquel seul convient la dénomination de pemphigus sans qualificatif, et en dehors des affections bulleuses, d'ordres divers, qui peuvent, accidentellement, se compliquer, à titre ultérieur, secondaire, ou ultime, d'exfoliation cutanée, il existe un groupe, ou un type naturel de dermatites généralisées graves, subaiguës ou chroniques, *primitivement* mixtes, exsudatives exfoliantes et bulleuses, ou exsudatives bulleuses et exfoliantes, qui doivent être décrites à part, et auxquelles il y a lieu, au moins provisoirement, de conserver la dénomination de *pemphigus foliacé.*

Sans avoir la gravité absolue du pemphigus pur, le pemphigus foliacé par sa durée, par son incurabilité, probable pour la majorité des cas, prend rang, sous le rapport du pronostic, avant la série des *pemphigoïdes*, auxquels appartiennent au premier rang les diverses espèces et variétés de la dermatite de Duhring et de Brocq.

On peut lui reconnaître comme grands traits généraux, son caractère mixte primitif, la longue conservation d'un bon état général, la faible intensité relative des phénomènes douloureux et prurigineux, la fréquence avec laquelle, dans les phases avancées, la dermatite revêt un caractère nouveau, la kérato-papillomatose, etc. ; enfin sa résistance à tous les agents connus de la thérapeutique interne ou externe.

Obs. I. — *Pemphigus foliacé typique.* (*Dermatite mixte primitive, bulleuse, exfoliante et exsudative.*) Hôpital Saint-Louis, service de M. Ernest Besnier, salle Alibert, nos 59-21. Année 1891. M. E. Leredde, interne du service.

Femme de 40 ans, de taille et de complexion moyennes, ménagère, de bonne santé habituelle, ayant eu sept enfants, tous vivants, le dernier il y a dix-huit mois. Très impressionnable, excellente mère de famille ; de condition moyenne ; depuis plusieurs années, accablée de soucis et de chagrins, causés par son mari devenu alcoolique. Elle n'est pas hystérique ; n'a dans ses ascendants ni alcoolique ni épileptique. Dans la ligne collatérale, on ne trouve qu'un cousin atteint d'aliénation temporaire.

Depuis un ou deux ans avant le début de la maladie actuelle, la malade était devenue sujette à des démangeaisons, ayant surtout leur siège dans la région interscapulaire, et pendant ce temps, elle aurait eu des poussées d'éruption ortiée (?).

C'est seulement à la fin d'octobre 1890, que le prurit devint accentué, et que l'on constata quelques petites bulles dans la région interscapulaire. Quand la malade alla consulter le médecin de son pays, au mois de décembre, il y avait déjà des bulles nombreuses sur le thorax, le dos, les membres inférieurs ; le linge était constamment taché ; la période squameuse était constituée dans la région dorsale.

Pendant les premiers mois de l'année 1891, la progression et l'extension des altérations continua. Il y avait eu des bulles presque partout, même au visage ; et, en avril 1891, sixième mois, le corps entier était envahi.

En mai, amélioration partielle, éphémère, Au mois de juin, quand la malade me fut adressée à Paris, elle était dans l'état où on peut la voir aujourd'hui, et telle que la montrent très exactement les photographies que je vous présente, et que j'ai déposées dans le musée.

L'altération cutanée que présente notre malade est *composite*, comprenant des *bulles*, des *squames*, une *exsudation diffuse vésicatoriale*, avec combinaison et prédominances variées, en rapport avec les exacerbations ou les accalmies ainsi qu'avec le mode de pansement usité.

Les bulles. — Elles ont existé dès le début et elles ne cessent de se produire incessamment encore aujourd'hui, dix-septième mois de la maladie. On les observe naissantes sur tous les points du corps, le cuir chevelu excepté ; mais leur lieu de production essentiel réside aux avant-bras, aux mains, aux pieds, aux jambes. Leur dimension varie de celle d'un pois à celle d'une amande, leur paroi est extrêmement mince, toujours opaque, et finement plissée, très fragile, et se rompant à la moindre violence ; si elle reste appliquée à la surface qu'elle occupait elle se dessèche rapidement, se double par sa face profonde du produit exsudé au-dessous d'elle, s'épaissit, reste adhérente un certain nombre de jours, puis se détache par les bords et tombe, se desséchant alors très rapidement. Si la surface bullaire est dépouillée de sa cuticule pendant la période d'activité, on trouve le *réseau* à peu près à nu, la couche papillaire du derme rosée ou rouge, un peu granuleuse, succulente, humide, très analogue à la surface de la peau phlycténifiée par la cantharide. Il continue plus ou moins longtemps à en suinter un exsudat qui, se mêlant à l'exfoliation épidermique qui continue, constitue des squames jaunâtres recouvrant tout le corps.

Quand plusieurs bulles coalescent, elles forment des agglomérats phlycténoïdes flasques, incomplètement dénudés, à bords décollés, comme macérés, véritables lacs bullaires.

Les squames. — Elles existent partout, toujours ; elles se détachent sans cesse en abondance et remplissent le lit de la malade ; en peu de jours on en peut remplir un bocal semblable à celui que je vous présente. Si l'on fait un enveloppement gras ou humide, la mue diminue un peu, mais ne cesse pas, elle est seulement dissimulée par la transparence de la graisse, et les lamelles épidermiques restent adhérentes aux pièces de pansement. Si l'on maintient la surface cutanée dans la poudre d'amidon, en 48 heures les squames se multiplient, la surface du corps devient sèche, et la mue beaucoup plus apparente.

Les squames, succédant à la bulle ou à une phlyctène, ou à une exsudation localisée, et étant incessamment soulevées et éliminées, occupent la place de la lésion dont elles dépendent, en prennent la forme, restent, comme les bulles ou les phlyctènes, juxtaposées, jamais imbriquées, et donnent une mosaïque irrégulière à grands ou à petits dessins. Le plus ordinairement elles sont très irrégulières; parfois si elles succèdent à une bulle bien limitée, elles forment des squames croûteuses, arrondies, collées comme des pains à cacheter,,quelquefois déprimées à leur centre en verre de montre plat et striées de lignes concentriques. Le plus généralement, ce sont de larges lambeaux irréguliers de trois à quatre centimètres, plus

ou moins. Au-dessous d'elles, quand on les enlève avant leur chute, on trouve la peau, tantôt rosée et suintante, tantôt déjà vernissée d'une nouvelle lame en voie d'évolution exfoliative. Si on dénude une surface étendue par le bain, un cataplasme, le maillot humide, les enveloppements gras ou huileux, on voit le derme rouge, comme vésiqué superficiellement, suintant et exfoliant. Mais, dans tous les cas, la dénudation reste superficielle, le processus est certainement épithélial, la dermite proprement dite, secondaire et accessoire.

Chez la malade, on ne trouve nulle part ailleurs qu'au visage, le derme vraiment épais et succulent ; de temps à autre, sur les membres et sur le tronc, il se fait des accalmies partielles et il est alors aisé de constater que le derme proprement dit reste normal, ou revient aisément à l'état normal.

Voici le détail des lésions cutanées, par régions, décrit par M. Leredde au moment de l'entrée à l'hôpital :

Surfaces muqueuses. — La cavité buccale, la langue, le pharynx ont toujours été indemnes depuis le début ; la partie exposée de la surface rouge des lèvres exfolie et se fendille, mais rien ne va au delà.

Les conjonctives incessamment remplies par les débris squameux sont en état d'irritation subaiguë ; il y a un peu d'ectropion, mais aucune lésion bulleuse ni exsudative ; les deux cornées portent des leucomes, mais la malade assure qu'ils datent de l'enfance.

La face entière, sauf le nez et le pourtour de la bouche, un peu moins atteints au moment de la première observation, est recouverte de squames aune glaise, plates, séparées les unes des autres par des lignes de rupture peu larges. Ces lignes n'ont de direction régulière qu'au niveau du sillon naso-labial ; elles lui sont perpendiculaires ; sur le reste, elles sont disposées d'une manière quelconque. Les squames sont peu épaisses, molles. Quand on les enlève avant qu'elles ne tombent naturellement, elles laissent une surface universellement rouge, un peu suintante. Sur le nez, la lèvre supérieure on ne trouve que quelques croûtes impétigoïdes, isolées. Mais, dit la malade, il y en a eu autant en ces points que sur le reste de la figure il y a 2 ou 3 mois.

La face muqueuse des lèvres, dans sa partie visible à l'extérieur présente quelques croûtes superficielles très adhérentes. Mais si on ouvre la cavité buccale, on n'y trouve aucune altération. Les dents sont bien tombées, mais il y a 10 ans. Jamais, la malade le déclare formellement, il n'y a eu de bulles dans la bouche. La langue a une coloration un peu blanchâtre, la luette présente 2 ou 3 petits points rouges ; les piliers antérieurs sont un peu rouges et c'est tout.

Les fosses nasales n'offrent rien de particulier en ce moment. Mais, il y a eu dans le nez quelques petites croûtes que la malade faisait tomber, ce qui amenait l'écoulement de 2 à 3 gouttes de sang.

La conjonctive gauche, cachée par les paupières épaissies est saine et la droite est un peu rouge au niveau du sillon oculo-palpébral inférieur et dans le grand angle de l'œil il y a habituellement une gouttelette de liquide puriforme.

Les sourcils et les cils sont respectés en apparence mais ne poussent

plus beaucoup. Et, quand on les tire un peu on arrache facilement des poils dont la racine est atrophiée.

Le cuir chevelu, à la partie supérieure du crâne où il est presque à nu présente une sécrétion adhérente grasse, donnant quelques croûtes irrégulières, peu épaisses. Les cheveux sont plantés sans adhérence aucune. Leur extrémité est très atrophiée. Ils ont conservé leur couleur brune ancienne.

Les oreilles sont comme la figure entièrement recouvertes de squames imbriquées qui se moulent sur le sillon et se continuent dans le conduit auditif externe. Jamais il n'y a eu de troubles de l'audition. Les oreilles ainsi altérées sont facilement suintantes.

Sur le cou, l'aspect est identique à celui de la face, c'est-à-dire qu'on y trouve de larges squames, peut-être se renouvellent-elles un peu moins souvent qu'au visage, aussi peut-on même reconnaître la couleur rouge du fond.

Face antérieure du tronc. — Il en est encore de même sur la paroi thoracique. La peau n'y est pas épaissie.

Au niveau de l'extrémité des seins il se fait une accumulation de croûtes des plus remarquables. Le mamelon est recouvert par une série de squames s'engainant les unes les autres, donnant une épaisseur considérable. Et, quand on prend le mamelon ainsi épaissi entre les doigts, on le trouve dur, résistant à la pression.

Sur le ventre, les squames sont moins épaisses, moins sèches que sur le tronc, et la peau y devient pigmentée. L'ombilic est plissé, rouge et produit une sécrétion pyoïde.

Il n'y a jamais eu de bulles sur les muqueuses génitales ni à l'anus, les poils du pubis sont encore adhérents.

Face dorsale. — Dans toute l'étendue du dos, les squames sont extrêmement nombreuses, confluentes, adhérentes, le fond est rouge dans les points où elles sont tombées et tous les matins, l'oreiller de la malade est taché par le liquide qui s'est écoulé abondamment.

Membres supérieurs. — Les squames sont cohérentes sur les bras mais déjà le fond a une couleur moins rouge que sur le tronc. A mesure qu'on s'approche de l'extrémité inférieure du membre, on trouve de plus larges surfaces relativement saines, c'est-à-dire sans squames, notamment des faces antérieure et postérieure du coude à droite et des deux côtés des mains. Mais même dans ces régions on trouve de temps en temps des bulles comme on en rencontre aujourd'hui à la face postérieure du coude à gauche ou l'une a les dimensions d'une pièce de 2 francs,

Les mains en dehors de ces bulles isolées sont recouvertes d'une peau normale dans son épaisseur, sa coloration à la face dorsale. A la face palmaire, la peau est sèche, sableuse, dit la malade, un peu rugueuse.

Les ongles sont absolument normaux et cela depuis le commencement de la maladie.

Membres inférieurs. — Sur les cuisses,on retrouve les squames cohérentes recouvrant presque toute la surface : le genou gauche à la partie antérieure présente une peau saine, à sa face interne il existe une vaste surface dénudée superficiellement, à contours polycycliques, reste de bulles apparues il y a 7 ou 8 jours.

Sur les jambes, le nombre des squames est déjà moins grand. Dans les intervalles qu'elles laissent on trouve des macules nettes, légèrement pigmentées.

Aux fesses, au niveau des points de pression, on retrouve des surfaces dénudées et saignantes, reste de bulles qui n'ont pas formé de croûtes.

Enfin les pieds à leur face dorsale présentent quelques squames isolés. A leur face palmaire, même caractères qu'aux mains; les ongles sont absolument sains.

II. — Dans l'évolution de cette grande dermatose, les phénomènes généraux et les troubles subjectifs ne sont ni en proportion, ni en rapport direct avec l'extrême et incessante activité du processus bulleux exsudatif et exfoliant ni avec cette perpétuelle vésication de la peau.

Quand la malade est pansée, enveloppée de vaseline ou de liniment oléocalcaire, emmaillottée de *lint* ou de mousseline elle n'éprouve *aucune douleur;* elle perçoit seulement un prurit à peu près constant mais jamais terrible : il faut provoquer ses réponses pour qu'elle accuse de la démangeaison, et alors même qu'elle dit parfois ne rien sentir, on la voit se gratter doucement avec la pulpe des doigts.

Rien qui rappelle l'hyperesthésie terrible du prurit sénile, des prurigos diathésiques, et encore moins les hyperesthésies variées et douloureuses de la maladie de Duhring-Brocq. Ce n'est pas dans cette Société que j'ai besoin de dire quelle importance diagnostique comporte ce caractère si hautement remarquable.

Autre fait non moins extraordinaire, mais moins exclusif à cette maladie ; malgré l'état moral décourageant dans lequel notre impuissante thérapeutique plonge la malade, malgré cette dénudation incessante du tégument, malgré cette véritable phthisie de la peau, l'état général se conserve passable ; les poussées cutanées périodiques amènent un peu d'hyperthermie, quelques malaises passagers, mais ne produisent aucune fièvre réelle ; l'appétit se maintient ; l'alimentation se fait régulièrement, l'amaigrissement progressif, inévitable, est très lent.

Il est très rare qu'un épisode de quelque solennité vienne troubler la monotonie de l'évolution pathologique.

Une seule fois, il est survenu à la fesse, un abcès dermique rapidement guéri ; jamais rien qui ressemble à une irritation lymphatique, ou à des résorptions infectieuses ou toxiques.

Deux phénomènes seuls ont quelque importance, mais ils ne sont pas exclusifs au pemphigus foliacé, ce sont l'*hypoazoturie* intense et constante, avec élévation jusqu'au double du coefficient d'acide urique, et la *diarrhée* tout à fait comparable aux diacrises urémiques. Diarrhée se produisant incessamment, à l'occasion du plus petit écart de régime, de toute tentative médicamenteuse, notamment de l'emploi de l'arsenic. En tout temps la sécrétion biliaire chez cette malade est

abondante ; elle a toujours des garde-robes extraordinairement copieuses.

La quantité d'urine généralement un peu inférieure à la normale n'est jamais descendue à un degré qui constitue l'oligurie réelle que j'ai, au contraire, constatée certaine chez une série des malades atteints de la dermatose de Duhring-Brocq.

On remarquera, chez cette malade, qu'il n'y a aucune hyperkératose palmaire bien que l'arsenic ait été donné avec une certaine tenue et à une dose relativement élevée, un centigramme par vingt-quatre heures.

Il n'y a pas davantage, la face réservée, de papillomatose du derme, bien que la malade soit au dix-huitième mois. Cette papillomatose, quelque importante qu'elle soit dans l'observation de M. Quinquaud, ainsi que dans celle qui m'est propre et que je rapporte ci-dessous, ne constitue pas un phénomène primitif de la maladie qui reste surtout caractérisée par l'exsudation bulleuse ou diffuse et l'exfoliation.

Elle n'est pas exclusive au pemphigus foliacé ; je l'ai vue se développer, sous mes yeux, dans un cas de maladie de Duhring extrêmement remarquable que j'ai conservé pendant plusieurs mois de l'année 1891, au n° 59 de la salle Alibert. La papillomatose hyperkératosique, au bout d'une année de durée de la dermatose herpétiforme, était déjà appréciable sur divers points du corps, et nettement accentuée aux extrémités.

Obs. II. — *Pemphigus foliacé papillomateux. (Dermatite exfoliante, exsudative et bulleuse, avec papillomatose secondaire survenue au cours de la deuxième année.)* Hôpital Saint-Louis, service de M. Ernest Besnier, salle Cazenave, n° 50. Année 1890, M. Louis de Saint-Germain, interne du service.

Homme de 40 ans, vigoureux, très bien portant avant le début de cette maladie, impressionnable, avec tendance mélancolique ; vivement ému par une série de chocs affectifs éprouvés coup sur coup peu de temps auparavant.

Début (au rapport du patient), en février 1889, par un prurit à localisations principales au nez, au dos, dans la tête ; sur les points grattés, il ne se formait que des « peaux », des squames (?).

Trois mois après, subitement, poussée intense et *générale ;* rougeur, suintement, desquamation, obligation de prendre le lit. Les bulles, ou au moins les bulles nombreuses et abondantes, n'auraient été constatées par le patient que deux mois après le début de la phase grave (?), et seulement aux mains et aux pieds. Les ongles sont devenus striés et cassants ; les poils, notamment les cheveux, sont tombés, et l'alopécie a duré quatre mois.

Cinq mois environ après l'exacerbation, et huit mois après le premier début, au mois d'octobre 1889, il s'est fait, *soudainement*, un apaisement de tous les phénomènes (?) ; la malade put se lever, et il ne restait sur la face, la tête et les membres qu'un « état farineux ».

Au mois d'avril 1890, nouvelle exacerbation ayant, en peu de jours, reconstitué la maladie sur toute la surface du corps ; deux semaines ont suffi pour reproduire une dermatite généralisée exfoliante et exsudative et, au moment où le malade arrive à l'hôpital, il y avait déjà six semaines qu'il était contraint à garder le lit.

L'aspect général de la peau, au moment de l'entrée du malade, est fidèlement représenté dans la très belle photochromie que j'ai fait exécuter par Méheux, et que je dépose dans le musée de l'hôpital Saint-Louis où on pourra la consulter.

La peau du corps entier, généralement rouge pâle, est recouverte de larges squames grises, jaunâtres, cohérentes, quelquefois superposées laissant par places, entre elles, des lacunes répondant aux fragments récemment tombés ou avulsés par une cause quelconque, et qui marbrent de plaques rouges l'enduit blanc jaunâtre qui recouvre tout le corps. Ces détails se voient *ad naturam* sur notre photochromie, qui est de grandeur naturelle.

Sur certains points des membres, particulièrement aux mains et aux pieds, les lacunes sont beaucoup plus larges ; de vastes lambeaux, surtouts affaissés de phlycténo-bulles, sont détachés, ou se détachent ; c'est en minorité que l'on trouve de véritables bulles, à moins de faire l'examen de très grand matin ou quand le malade, ayant reposé quelques heures, n'a pas excorié les phlyctènes ou les bulles, toujours incomplètement remplies, et recouvertes d'une enveloppe très mince, plissée, opaque, et très fragile. Ajoutez à cela que l'exfoliation cornée sur divers points, aux surfaces de pression, oreilles, épaules, régions fessières, aux grands plis, aux organes génitaux, à l'anus, aux creux poplités, s'accompagne d'une transsudation séreuse grasse, collante, très fétide, et vous aurez une idée générale et sommaire, mais exacte, du tableau dermatographique de cette dermatite, *à la période d'état.*

Sur les muqueuses proprement dites, aucune lésion, à aucune période ; voilà assurément un phénomène négatif remarquable à ne pas oublier dans la constitution nosographique du type.

Voici, pour servir aux observateurs qui voudraient approfondir le détail dermatographique, un exposé méthodique et complet de l'état de la peau par régions, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, dressé par Louis de Saint-Germain :

Tronc. — Partie antérieure.

Les squames sont plus petites que partout ailleurs et absolument rapprochées, absolument confluentes, ne se trouvant nulle part séparées par des espaces de peau saine ; les poils n'ont subi aucune altération, pas plus que dans les autres régions. Face postérieure : comme à la face antérieure, les croûtes sont petites, très rapprochées, paraissant avoir fait suite à des bulles peu volumineuses et confluentes. A la région fessière, la peau est débarrassée des squames épidermiques, rouge, couverte par places de lambeaux d'épiderme macéré et n'ayant conservé que son caractère de surface cutanée, vésiquée.

Les lésions ne sont nullement profondes, la peau est seulement rubéfiée et à dû être à un moment donné soulevée par des bulles assez larges comme sous un vésicatoire.

Cou. Tête. Orifice. Le cou est couvert de croûtes qui, par places sont très confluentes, très épaisses, tassées, superposées, par places il existe des portions de peau desquamée.

La face d'une façon générale est couverte de squames croûteuses, tellement confluentes que le malade porte un véritable masque; ces squames sont jaunâtres, empiètent les unes sur les autres, et c'est surtout à la face que l'on peut dire quelles forment un véritable feuilleté.

On ne trouve pas à la face ces larges espaces desquamés et rouges; c'est à peine si, en de très rares endroits, on trouve une toute petite place privée de squames.

Le front est entièrement couvert de squames, mais moins épaisses que sur les joues et seulement cohérentes, sans empiéter les unes sur les autres. La région a plutôt un aspect parcheminé, avec des craquelures.

Les paupières ne sont pas indemnes et les squames s'avançant jusqu'à leur bord libre, provoquent de la blépharite et de la conjonctivite.

Le nez, lui aussi, possède une carapace complète, les croûtes environnent les orifices narinaires et la muqueuse voisine des orifices paraît sécréter une certaine quantité de sérosité qui, avec les débris épidermiques forme magma.

Pas plus que les cheveux, les sourcils, les cils, les moustaches, la barbe ne sont attaqués.

Les oreilles sont envahies par des croûtes humides, assez épaisses, et le conduit auditif est obstrué par une bouillie assez concrète formée de produits de sécrétion et de débris épithéliaux.

La bouche est entourée de croûtes qui n'empiètent pas sur la muqueuse labiale. Les lèvres sont sèches et sont le siège d'une desquamation épidermique banale.

On ne trouve rien d'anormal sur la muqueuse buccale; la langue est absolument normale, l'appétit est conservé excellent.

Membres inférieurs. — Pied droit. Toute la face plantaire est soulevée, formant une véritable semelle épidermique ; une partie de cette semelle est tombée, laissant apercevoir au-dessous d'elle la peau normale et sèche.

La face dorsale présente, d'une façon générale, des squames larges, mais assez espacées et séparées par des intervalles de peau d'aspect normal.

Il existe néanmoins une surface assez régulièrement rectiligne, occupant toute la longueur de la face dorsale longeant le deuxième métatarsien et qui peut être n'a pas été envahi par la lésion cutanée.

La face dorsale des orteils est occupée aussi par un large soulèvement épidermique en masse.

Le bord interne du pied a presque entièrement desquamé et la peau à ce niveau, complètement débarrassée de ses squames, paraît normale.

Jambe droite. — Toute la jambe droite est couverte, sauf en de rares endroits, par des squames épidermiques confluentes, ne laissant pas d'intervalles entre elles ; par places surtout le suintement de sérosité a formé des concrétions croûteuses marquant la séparation des squames.

A la partie antérieure et inférieure de la jambe on trouve une surface ovalaire à grand diamètre transversal couverte d'une couche épidermique

macérée, affaissée et humide, trace évidente d'une large bulle crevée récemment.

A la face postérieure de la jambe, on trouve également deux de ces vestiges de bulles plus larges que le précédent, arrondis, possédant les mêmes caractères : placards d'épiderme macéré, à bords assez nets.

Les malléoles sont indemnes ou tout au moins libres de soulèvements épidermiques. Genoux : rien de spécial à signaler à la partie antérieure. Au niveau du pli de flexion on trouve une certaine étendue de peau saine occupant la partie la plus externe de ce pli, mais la moitié interne est couverte d'épithélium soulevé, macéré et suintant. Cuisse droite : La cuisse droite est couverte de squames et de croûtes confluentes. De rares places à la face postérieure, à bords irréguliers polycycliques, semblent avoir été épargnées ou avoir depuis longtemps perdu leur caractère desquamatif.

A la partie supérieure et interne de la cuisse dans la région qui environne les organes génitaux, on trouve une assez large étendue de peau saine toujours à bords irréguliers ; c'est la surface la plus étendue de peau normale, comme aspect du moins, qu'on trouve sur le malade.

N. B. — Il est à noter, une fois pour toutes, pour les membres, que sur les cuisses, les jambes, et surtout les endroits pourvus de poils, le système pilaire n'a pas eu à souffrir, peut-être même, s'est-il développé davantage. Pied gauche : Comme sur le pied droit, l'épiderme de la face plantaire s'est soulevé en masse et se décolle en semelle sur les bords du pied.

Quand on regarde de face la région plantaire, il semble que toute la région sauf la voûte soit couverte de peau saine ; l'épiderme est cependant mortifié en totalité puisque par tractions on pourrait le détacher entièrement.

Au niveau de la voûte, on observe la même desquamation croûteuse que celle qui existe sur presque toute la surface cutanée.

Sur la face dorsale on trouve la desquamation à larges squames et croûteuses, mais à éléments espacés et séparés par des intervalles appréciables.

Deux endroits présentent de la peau normale ou redevenue telle ; l'un, un peu au-dessous et en avant de l'articulation tibio-tarsienne, l'autre formant une bande au-dessus de la racine des orteils.

Les ongles présentent presque tous les mêmes lésions, consistant en une striation transversale très appréciable et que le malade attribue nettement à sa maladie.

Il n'avait rien de semblable auparavant.

Jambe gauche. La jambe gauche est couverte de squames assez peu étendues, très confluentes, séparées en de très rares et très minimes endroits, par de la peau non envahie ; en revanche elles possèdent plus de régions, tantôt couvertes d'épiderme macéré et suintant, tantôt de couleur rouge, assez vive et sécrétant une sérosité épaisse et poisseuse. Genou gauche. Rien de spécial à sa partie antérieure. Le pli de flexion est moins épargné que celui du genou droit et presque toute l'étendue de ce pli est suintante, couverte d'épiderme, soulevé et macéré. Comme au niveau du pli de flexion du genou droit, ce soulèvement épidermique, vestige de bulles affaissées, présente des bords polycycliques. Cuisses gauche. La cuisse

gauche est couverte de croûtes et de squames de petit volume; çà et là quelques places larges comme une pièce de deux francs, circulaires, dépourvues d'épiderme et rouges.

Là, comme ailleurs, les poils ont persisté et n'ont aucune tendance à tomber.

A la partie supérieure et interne, comme à la cuisse droite, une plaque de peau normale à bords très irréguliers, entoure la racine des bourses.

Organes génitaux.

Le scrotum et le pénis sont recouverts de squames espacées et ce qui domine en cette région, c'est la sécrétion abondante, à odeur fétide, surtout dans le sillon cruro-génital.

Sillon inter-fessier. La peau y est pour ainsi dire normale. Membres supérieurs. Les mains desquament en larges lambeaux, au niveau de leur paume. C'est une desquamation ou plutôt un dépouillement en masse, comme à la plante des pieds.

A la face dorsale des mains, les squames et les croûtes sont plus espacées et séparées par des espaces de peau normale.

Sur les faces des doigts qui s'accolent à la face correspondante des doigts voisins, le dépouillement s'opère également en masse, mais la sécrétion est très abondante à ce niveau.

Au niveau des poignets, la peau est moins squameuse et moins croûteuse Bras et avant-bras. Les bras et les avant-bras ne présentent pas de caractères spéciaux dans la lésion; à leur surface on observe une grande abondance de croûtes, assez larges pour la plupart et séparées en certains endroits par des plaques arrondies, les unes couvertes d'épiderme macéré, les autres à nu et d'un rouge vif.

Le pli du coude est en partie respecté des deux côtés.

La saillie olécranienne au contraire est à nu et rouge comme d'ailleurs tous les points qui sont soumis à une pression prolongée, comme nous le verrons en examinant les fesses.

Les aisselles sont presque complètement respectées ou tout au moins normales pour le moment; là, comme ailleurs les poils sont conservés.

Les troubles de la santé générale et les phénomènes subjectifs ne sont pas en rapport avec l'intensité des phénomènes cutanés.

L'appétit est conservé; la digestion est sensiblement normale; l'urine est en quantité très inférieure à la somme des boissons, toujours *faible en urée d'au moins un tiers au-dessous de la normale et riche en acide urique de près d'une moitié en excédent.* La soif habituellement vive.

Les malaises éprouvés par le malade varient extrêmement d'un jour à l'autre. Tantôt il accuse simplement la gène de mouvoir sa peau et ses membres engainés dans la carapace squameuse qui le recouvre; mais cette sensation prend de grandes proportions quand la peau est laissée à elle-même ou séchée par l'amidon; elle s'efface et s'annihile si la peau est enduite d'un corps gras, ou soumise au maillot humide.

Le prurit déclaré par le patient serait très vif et très pénible; mais, en réalité, il se gratte peu, ou, en tout cas, avec douceur, car il ne présente pas les preuves matérielles du grattage; les linges sont souillés de liquide coagulable; mais nulle trace d'écoulement sanguin.

Une vive hyperthermesthésie est manifeste ; à peine le malade est-il découvert, qu'à l'instant il tremble de froid.

Pendant les mois suivants l'affection reste immuable, ne subissant, des applications locales les plus variées, que des modifications temporaires, bonnes ou mauvaises, avec une instabilité extrême. Un pansement, merveilleux la veille, devient « nuisible » le lendemain. De petits incidents, et rares, se produisent, tels que quelques séries de folliculites épisodiques, et de peu de durée. Il est au contraire extrêmement remarquable de voir la surface cutanée entière dans un état incessant d'exfoliation, de rougeur, d'exsudation, sans qu'il se produise aucun phénomène lymphangitique aucune infection, ni aucune intoxication secondaires appréciables.

L'altération générale du système phanérien s'établit paradoxalement ; pendant que les ongles tombaient aux extrémités, les cheveux et la barbe étaient redevenus luxuriants. En même temps, le derme resté longtemps peu lésé, en apparence, se montre en prolifération papillomateuse fine, du quatrième au cinquième mois après le début de la rechute, et, au huitième mois, elle était généralisée surtout aux parties découvertes, et non constamment pansées : membres supérieurs, col, tronc ; elle n'est pas appréciable au cuir chevelu, ni à la peau ; aux faces palmaires et plantaires, elle coïncide avec une hyperkératose accentuée.

Le mode évolutif des phénomènes cutanés est subaigu *subintrant*. Tous les quatre ou cinq jours, il survient une exacerbation, on voit des îlots plus rouges, à bords irréguliers, et il y a exagération des malaises, du prurit, du suintement, des bulles, ou de la kératolyse phlycténoïde.

III. — Pour le lecteur qui aura suivi attentivement le tableau présenté dans cette seconde observation, ainsi que l'exposé clinique de la première, il n'est pas nécessaire de reprendre, à nouveau, l'exposé du caractère typique de cette grande dermatose, je n'ajouterai plus que quelques mots relatifs à la pratique.

La thérapeutique du pemphigus foliacé est la partie la moins avancée de son histoire.

Toutes les tentatives de médication interne ou externe que j'ai faites sont restées sans résultat. Ni l'arsenic, ni la belladone, ni l'ergotine, ni les nervins de toute espèce, n'ont eu aucune efficacité.

La médication est purement palliative ; les bains ne peuvent être utilisés qu'éventuellement et en petit nombre pour nettoyer la peau ; s'ils sont réitérés la peau se macère, les phyctènes se multiplient, et l'on est bientôt forcé d'y renoncer. Les enveloppements de lint enduit de vaseline, d'onguent de zinc, imbibés de liniment oléocalcaire, les divers enveloppements humides simples ou médicamenteux trouvent des indications *successives*. Toutes les fois où j'ai essayé d'introduire dans les pansements une substance active, sublimé, salol, iodoforme, ichthyol, acide pyrogallique, etc., il n'est survenu aucune modification favorable et j'ai eu à lutter contre des accidents d'absorption médicamenteuse immédiats. Dans un cas où la fétidité de l'exsudat

avait fait tenter des enveloppements avec le liniment oléocalcaire iodoformé, même à faible dose, il est survenu de l'iodoformisme aigu délirant ; et la mort du malade survenue inopinément peu de jours après, pourrait dans une certaine mesure être imputée à cet accident. Une autre fois sous l'action d'onctions avec la vaseline salolée à très faible dose, 1/100, il s'est développé chez le même malade des accidents d'intoxication phéniquée et de dermite, qui n'eut pas été sans importance.

En réalité, nous ne savons rien ni sur la pathogénie vraie de ces grandes dermatoses, ni sur leur thérapeutique.

Ce sera un grand honneur pour celui qui apportera quelque lumière dans cette obscurité, ou qui trouvera quelque moyen de secourir plus efficacement les malheureux qui en sont frappés.

M. Hallopeau. — J'ai actuellement dans mon service une malade qui offre les plus grandes analogies avec celle que vient de présenter M. Besnier, elle est trop gravement atteinte pour que je puisse la faire transporter ici, sa dermatose a débuté il y a 20 mois à la suite d'une violente émotion morale. Elle a eu d'abord les caractères de la dermatite herpétiforme et ce diagnostic a été porté par plusieurs de mes collègues les plus expérimentés, mais bientôt la situation s'est modifiée, et, depuis plus de quinze mois, l'éruption a tous les caractères du pemphigus foliacé, toute la surface tégumentaire est incessamment le siège de soulèvements bulleux au niveau desquels l'épiderme s'exfolie rapidement laissant une surface excoriée, rouge et suintante.

Comme différence avec le cas de M. Besnier, nous mentionnerons surtout des sensations pénibles et intenses de cuisson, une réaction fébrile modérée, mais constante depuis plusieurs mois et des troubles graves de la santé générale survenus surtout dans ces derniers mois.

Nous publierons bientôt complètement cette observation.

M. Quinquaud. — Il y a une distinction véritable à établir entre cette affection et le pemphigus vrai. Dans ce dernier les troubles prodromiques sont prurigineux et quelques auteurs ont dit qu'il survenait à la suite de lésions eczémateuses ; il y a une phase prurigineuse et à cet égard je suis complètement d'accord avec M. Besnier.

Les lésions papillomateuses sont secondaires, et à côté de ces faits démonstratifs il y a une maladie spéciale. Il y a des types qu'il est difficile de faire rentrer dans cette catégorie. La maladie débute avec des bulles demi-tendues, flasques, suivies d'exfoliation. Si on suit ces malades, la phase bulleuse est négligeable en quelque sorte, elle ne se montre pas d'une façon perpétuelle avec ce suintement, ces bulles constantes. Il peut, en un point seulement, se faire des poussées successives de pseudo-érysipèle, avec tuméfaction, rougeur, température élevée ; dans d'autres cas on voit survenir des troubles intestinaux, de la diarrhée. Mais tout cela, quelque intense que ce soit, peut guérir. Après avoir regardé la lésion comme un pemphigus foliacé pendant des années, on est tout surpris de ne plus trou-

ver que de la leucocytose et de voir la guérison survenir. Je crois donc qu'il y a des affections différentes que je range sous l'épithète générique de dermatites, et je veux appeler l'attention sur ces points afin que l'on ne laisse aucun de ces malades sans l'étudier, l'examiner afin qu'il serve de document pour écrire l'histoire définitive de ces affections.

M. Ern. Besnier. — Le pronostic du pemphigus foliacé s'inscrit après celui du pemphigus absolu qui est grave, mais avant toutes les autres hydrodermies bulleuses. Cette maladie peut durer 5 ans, 6 ans, 9 ans, 10 ans, et se terminer par la guérison. On ne doit nullement désespérer, contrairement à ce qui se passe pour le pemphigus-pemphigus qui est mortel. Dans les observations anciennes on trouve des faits qui le démontrent, mais il nous faudra encore quelque temps avant qu'on ait classé les hydrodermies bulleuses. On ne peut encore admettre comme nettement définis que trois types principaux : 1° Le pemphigus-pemphigus ; 2° le pemphigus foliacé ; 3° et la longue série des pemphigoïdes dont la maladie de Duhring-Brocq peut être regardée comme un type absolu.

Un cas de syphilis secondaire anomale et maligne, mutilante ; forme tuberculo-ulcérante gangréneuse. Remarques thérapeutiques,

Par M. Ernest Besnier

Si quelqu'un pouvait encore douter de la conservation entière de la virulence de l'agent producteur de la syphilis, il cesserait de le faire en voyant le malade que j'ai l'honneur de vous présenter et qui était, il y a dix jours, quand je l'ai reçu dans mon service, dans un état aussi horrible que peuvent le retracer les descriptions les plus colorées de la syphilis de la fin du XVe siècle.

Le corps entier de ce malheureux était couvert de vastes ulcérations sordides d'une fétidité repoussante. La face surtout, dans sa partie centrale, était occupée par des eschares couvrant la lèvre supérieure et inférieure, la sous-cloison et les ailes du nez. Le malade, apporté sur un brancard, était dans un état d'abattement extrême, une pharyngite ulcéreuse étendue rendait la déglutition et l'alimentation très difficiles.

Il a suffi de dix jours de traitement méthodique, pour désinfecter le malade, enrayer tous les processus gangréneux et obtenir l'état relativement satifaisant où il est aujourd'hui. La dysphagie a cédé, et l'alimentation s'opère régulièrement. Le malade est debout, et il a pu venir à pied de la salle Devergie jusqu'ici.

Une grande part de ce résultat revient, je dois le dire, à la religieuse du service, qui avec un dévouement admirable, a désinfecté elle-même le corps entier de ce malade à l'aide de pulvérisations phéniquées, du lavage de toutes les ulcérations à la liqueur de Van Swieten, puis le corps entier a été pansé avec de la poudre composée

de parties égales de sous-nitrate de bismuth et d'amidon avec 1/1000 d'iodoforme ; les membres et le tronc ont été ensuite emmaillotés, comme d'une momie, dans des bandages ouatés.

Les ulcérations du visage et du pharynx ont été cautérisées énergiquement avec des solutions fortes de nitrate d'argent ; puis, aussitôt la chute des eschares gangréneuses, badigeonnées et pansées avec du *naphtol camphré pur*, dont le bienfait a été extrêmement remarquable et rapide.

De mercure, j'ai donné le moins possible, 1 centigr. de sublimé, et une dose moyenne d'iodure de potassium, 2 gr. par 24 heures. Je me suis enfin attaché à nourrir et à sustenter par tous les moyens possibles.

Ce n'était pas le mercure qui avait manqué dans la série thérapeutique employée jusque-là au dehors, car le malade avait été soumis au traitement classique de la syphilis secondaire. Mais, dans les formes anomales et malignes, le mercure seul, surtout à dose élevée, est insuffisant, sinon nuisible; la dose en doit être modérée; l'iodure de potassium doit lui être associé, et, enfin, les lésions ulcérantes et gangréneuses réclament un traitement direct, effectif et énergique, tel que je l'ai indiqué et pratiqué. Enfin dans les cas de syphiloses malignes de tout ordre, les applications de naphtol camphré m'ont paru avoir une action si décisive que je n'hésite pas à en conseiller l'emploi. Voici sommairement mais suffisamment exposée par mon interne distingué, M. Sabouraud, la chronologie et l'évolution depuis le début des accidents.

Hôpital St-Louis, service de M. Ernest Besnier, salle Devergie, nº 19. Homme de 23 ans, fumiste.

Le malade est né de souche tuberculeuse et paraît avoir eu dans l'enfance quelques accidents scrofuleux.

Il est buveur et prenait chaque jour en moyenne de trois à quatre litres de vin, sans avoir toutefois présenté à aucun moment de symptômes vrais d'alcoolisme.

Il a toujours joui d'une bonne santé, pareillement ses trois frères et sœurs sont bien portants.

La syphilis dont il est atteint paraît remonter au mois de juillet dernier et daterait par conséquent d'environ six mois. A cette époque il eut une cohabitation de quinze jours avec une fille de 18 ans paraissant saine.

D'après les récits du malade toute hypothèse d'une syphilis d'origine exotique doit être abandonnée. Il est Français et n'a jamais quitté Paris. La jeune fille était également Française et il n'a vu qu'elle depuis un mois avant le début de ses accidents et jusqu'à leur apparition.

L'*accident initial* est passé inaperçu. Il reste sur le dos de la verge une cicatrice qui pourrait en être la trace. La première lésion qu'accuse le malade est une adénite de l'aine droite qui a suppuré, mais dont l'évolution a été assez indolore pour qu'il ait pu continuer son travail sans interruption.

Les *accidents secondaires*, au rapport du patient, ont eu pour début une éruptiou papuleuse *de la face* qui s'est étendue en quelques jours au *cuir chevelu* et dont les éléments se sont ulcérés. Cette éruption date de la fin du mois de septembre.

Presque aussitôt les ulcérations se produisirent. Elles ont persisté dans le cuir chevelu jusqu'à ces jours derniers à cause de la difficulté des soins de propreté.

La durée des ulcérations de la face a été moindre. Mais pendant un mois 1/2 environ et pendant qu'avait lieu la généralisation de l'éruption au reste du corps, aux premières ulcérations cicatrisées du visage d'autres se substituaient dans leur voisinage ; si bien que surtout au front les cicatrices se touchent presque par leurs bords.

Elles sont lisses, légèrement déprimées en cupules, rondes, et donnent au front l'aspect d'un vase de métal martelé. Leur couleur est d'un brun cuivré caractéristique.

L'éruption du tronc a été moins confluente, son apparition a suivi l'éruption à la face. Les papules y ont gardé un processus ulcéreux, mais de peu de durée et ces ulcérations n'ont pas eu en ce point la tendance gangréneuse et phagédénique qu'on leur voit aux membres.

Ces ulcérations guéries, ont laissé sur le corps des cicatrices moins régulières dans leur contour que celles du front. Leur centre est moins pigmenté que leur circonférence.

Aux membres les lésions ont atteint leur maximum de confluence et aussi leur processus ulcératif phagédénique a été beaucoup plus marqué.

Les ulcérations *des bras* et des avant-bras ont été les premières en date. Elles n'ont pas toutes commencé ensemble et elles se sont cicatrisées à des dates différentes, leur apparition a procédé par poussées successives, mais chacune prise à part passait par les 4 stades suivants :

1° *Une phase préulcéreuse* dans laquelle se formait l'élément papuleux, un peu moins élevé et un peu plus large qu'une papule secondaire normale.

2° *Une phase ulcérative* dans laquelle l'élément papuleux était remplacé par une ulcération croûteuse, suintante, à bords surélevés.

3° *Une phase phagédénique* pendant laquelle l'ulcération, d'abord d'un centimètre de diamètre à peine, prenait jusqu'à cinq centimètres de largeur et davantage.

Ce processus était annoncé par une surépaisseur des bords de l'ulcère qui s'éloignaient progressivement du centre. La suppuration horriblement fétide de l'ulcère formait des croûtes épaisses au centre, mais telle était la rapidité d'extension de ces lésions que la croûte ne rejoignait pas les bords de l'ulcération, laissant à découvert les parties envahies les heures précédentes.

4° *Enfin une phase d'extinction,* de régression, de réparation. L'ulcération perdait sa couleur violette pour prendre une teinte brunâtre. Si l'on enlevait la croûte du centre on voyait en ce point d'abord se faire une épidermisation qui s'étendait peu à peu jusqu'à rejoindre les bords de la plaie qui restent encore aujourd'hui plus pigmentés.

Entre le début des lésions ulcéreuses aux bras en novembre et leur ter-

minaison dans les derniers jours de décembre, il ne s'est pas écoulé un mois. Chaque ulcération accomplissait le cycle exposé plus haut en 10 jours environ à partir du début de l'ulcération.

En même temps commençaient les lésions des membres inférieurs, qui furent plus graves mais identiques dans leur forme, leur allure. La suppuration fétide y fut en plus grande abondance, et les ulcérations semblèrent plus creuses. De plus, leur confluence fut telle que ces ulcérations primitivement arrondies se soudèrent et qu'en plusieurs points, comme sur la face externe de la cuisse gauche et au jarret droit, elles formèrent de vastes plaies dont les contours étaient formés de segments de cercle.

Quand le malade entra à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Besnier, la cicatrisation sur les bras était presque complète, mais l'évolution des syphilides sur les jambes était en son plein. D'ailleurs le traitement externe insuffisant jusque-là avait laissé s'accumuler les croûtes, sous lesquelles stagnait du pus en abondance.

Sur le cuir chevelu également, les lésions n'étaient pas guéries pour la même cause.

Enfin, vers le 15 janvier, deux semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital Saint-Louis, étaient apparues autour des orifices narinaires deux ulcérations térébrantes qui débutèrent ainsi.

Depuis les premiers jours du mois de janvier les muqueuses étaient le siège de plaques très abondantes dans le pharynx et probablement aussi dans les fosses nasales, si l'on en juge par l'abondance de l'écoulement.

C'est alors que parut à chaque orifice nasal une ulcération qui grandit et se creusa avec une extrême rapidité.

Vers le 20 janvier l'aile gauche du nez avait disparu et l'aile droite était fort entamée. Le 28 janvier environ, la cloison fut perforée, le 2 février la sous-cloison fut rompue au niveau de la lèvre. Le lobule restait intact et l'extrémité antérieure de la sous-cloison lui restait attachée comme un appendice triangulaire.

Pendant ce temps le retentissement général, l'hecticité et la privation de nourriture résultant des difficultés de la déglutition amenaient une perte de poids de 30 livres pour les quatre mois de maladie.

A aucune époque les urines plusieurs fois examinées ne montrèrent de l'albumine.

Après l'évolution des accidents, il importe de relater quel a été le traitement appliqué avant l'entrée du malade à l'hôpital Saint-Louis. Jusqu'au mois d'octobre le malade ne se rendit aucun compte de la gravité de son état, dont il ne connaissait pas la cause. Il est donc resté sans traitement jusqu'aux derniers jours d'octobre, où il commença à prendre régulièrement une pilule de 0,05 centigr. de protoiodure.

Dans une seconde série, le traitement consista en bains quotidiens, deux pilules de protoiodure, deux cuillerées à bouche de sirop iodo-tannique, et pansement, au salol, des ulcérations.

Le 10 janvier le traitement protoioduré fut remplacé par une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten. »

Il a été dit plus haut quel est le traitement qui a été mis en usage depuis le 1er février, jour de l'entrée du malade à l'hôpital Saint-Louis, et dont le résultat favorable a été si rapide.

Sur un lupus érythémateux végétant,

Par M. H. Hallopeau.

Le lupus érythémateux donne lieu le plus souvent à une atrophie partielle des téguments, mais comme le fait remarquer, à juste titre, M. E. Besnier, cet élément, toujours consécutif, n'est pas fatal pour toute la lésion ni pour toute son étendue : la malade que nous avons présentée en 1890 et en 1892 comme atteinte d'un lupus érythémateux généralisé pourrait déjà être citée comme un témoignage éclatant en faveur de cette proposition, car l'éruption après en avoir envahi toute la tête et de larges surfaces du tronc et des membres, a rétrocédé et disparu en beaucoup de points sans laisser de traces ; il ne s'est produit d'atrophie cutanée que sur des surfaces très restreintes. Le malade que nous avons l'honneur de montrer aujourd'hui n'est pas démonstratif à ce point de vue, car le centre des plaques jugales de son lupus, au lieu d'étre atrophié, comme il est de règle, est au contraire le siège de petites saillies végétantes : il s'agit en dehors de cette particularité d'un lupus érythémateux absolument typique.

Le nommé Jean R... âgé de 61 ans, a depuis l'âge de 25 ans une affection des pavillons auriculaires qui a été longtemps qualifiée d'engelures ; elle persistait cependant pendant l'été. Il y a trois ans, une tache rouge a paru au milieu de la joue droite : elle s'est depuis lors étendue graduellement, surtout vers le bord du maxillaire ; des plaques semblables se sont produites, il y a 2 ans, sur le milieu de la joue gauche, et il y a 6 mois sur le nez.

Il n'y a pas d'antécédents de tuberculose dans la famille ; le malade est de constitution moyenne ; l'examen de l'appareil respiratoire ne révèle chez lui aucune altération appréciable.

L'éruption occupe le nez, les joues, les oreilles et le dos des mains.

La plaque éruptive du nez est rouge, tapissée de croûtelles et hérissée de petites saillies verruqueuses ; elle occupe toute sa partie médiane et la moitié de ses faces latérales dans ses trois quarts inférieurs. Sur la joue droite, une plaque éruptive s'étend du bord postérieur et de l'angle du maxillaire à la partie interne de la joue : dans la plus grande partie de son étendue, elle n'est constituée que par une coloration érythémateuse, marquée çà et là par des caractères séborrhéiques ; au milieu de la pommette une surface grande comme une pièce de 2 francs environ, présente un aspect papillomateux, elle est hérissée de petites saillies mamelonnées, que séparent des sillons ; ces saillies sont légèrement indurées, rosées et parfois comme translucides, leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis ; quelques-unes font saillie au-dessus de la peau saine, on les retrouve moins prononcées au niveau de la pommette gauche. Les oreilles sont rouges et recouvertes sur leur bord libre de concrétions séborrhéiques ; ce bord s'est atrophié et a en partie disparu. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés.

Les faces dorsales des mains sont également depuis 2 ans le siège de plaques érythémateuses; la rougeur est plus accentuée sur le bord des phalanges et au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; la peau est un peu épaissie et recouverte par places de fines squames adhérentes au niveau de ces plaques.

La disposition de cette éruption dans les lieux d'élection, la coloration, l'atrophie des bords des pavillons, et les concrétions cornées qui recouvraient une partie des plaques éruptives, et enfin leur aspect tout à fait caractéristique ne permettent pas de douter qu'il ne s'agisse ici d'un lupus érythémateux; il se distingue des formes habituelles de cette dermatose par la présence des saillies végétantes, au centre des plaques des joues, dans les parties qui sont le plus souvent en voie d'atrophie ; c'est là une particularité qui n'a pas encore, à notre connaissance, été signalée et qui vient, nous le répétons, confirmer pleinement la manière de voir exprimée par M. E. Besnier relativement au caractère non fatal de l'atrophie dans le lupus érythémateux.

Tuberculose primitive et isolée du pharynx,

Par M. JULLIEN.

La malade que voici présente trois ulcérations à fond jaunâtre dans la région pharyngienne, une allongée et creusante sur le prolongement inférieur du pilier postérieur gauche, une autre qui logerait un pois sur l'angle supérieur de la loge amygdalienne, la troisième plate comme une pièce de 50 centimes, en plein pharynx, derrière la luette. Ces lésions ne sont le siège d'aucune douleur.

Un léger raclage exercé à leur surface m'a permis de recueillir un secretum riche en bacilles tuberculeux.

Cette femme qui est fille de maison publique, a depuis 6 mois de fréquents rapports avec un phtisique, crachant le sang tous les matins, elle est âgée de 26 ans, non syphilitique, et dit s'être toujours très bien portée ; elle a 5 frères en bonne santé, mais ne peut donner aucun renseignement sur ses parents. Les poumons ont paru sains jusqu'ici, les urines ne contiennent pas d'albumine, mais la malade ne nie pas des habitudes invétérées d'alcoolisme, et a souffert dans le service de violentes douleurs d'estomac attribuables, me semble-t-il, à une gastrite alcoolique.

Cette malade a été envoyée à Saint-Lazare comme syphilitique, et j'appelle l'attention sur l'extrême difficulté du diagnostic en l'absence de l'examen bactériologique et la précision de l'étiologie.

Enfin je demande à mes collègues quel traitement local ils me conseillent de mettre en œuvre.

M. Ern. Besnier. — Le traitement qui dans le cas particulier me paraît devoir donner le meilleur résultat sera le traitement par l'acide lactique, en attouchements directs sur chacune des ulcérations pharyngées.

Sur un cas de rhinosclérome. Absence du bacille de Frisch,

Par M. L. Jacquet.

Le malade que je vous présente, est actuellement dans les salles de mon maître M. E. Besnier. Sa tumeur a débuté il y a 8 mois à l'aile du nez ; sa marche a été rapidement envahissante et elle est depuis peu le siège d'une ulcération encore peu profonde.

Le diagnostic de première impression a été *rhinosclérome*, mais l'examen bactériologique que j'ai pratiqué n'a pas fait retrouver la bactérie de Frisch, ou plutôt le pneumo-bacille de Friedländer, car il est bien difficile maintenant de considérer ces deux micro-organismes comme distincts.

En revanche, j'ai constaté dans deux séries d'ensemencements faits avec le suc de la tumeur l'existence d'un *streptocoque*, et surtout de *staphylocoques pyogènes*, principalement du *staphylocoque doré* en grande abondance. J'ai vu aussi, je dois l'ajouter, sur les lamelles frottées avec des fragments de tumeurs, quelques rares bâtonnets, mais plus longs, plus grêles que ceux de Friedländer et sans trace de *capsules*.

Faut-il, d'après cet examen, rejeter le diagnostic *rhinosclérome* ? Je ne le crois pas. La tumeur a bien nettement les caractères cliniques de cette variété de néoplasie. L'examen ultérieur histologique pourra peut-être donner un complément d'information. En attendant, je rappelle que je ne suis pas le premier à constater l'absence de la bactérie soi-disant caractéristique ; que les tentatives d'inoculation ont donné jusque-là des résultats bien incertains, que les micro-organismes contenus dans les fosses nasales ont toute facilité pour pénétrer dans une tumeur qui si elle est dure, *prise en masse*, est en réalité d'une mollesse gélatiniforme ; et pour toutes ces raisons je crois prudent d'émettre quelques doutes sur la valeur spécifique d'un microbe que j'avais du reste pu isoler moi-même dans un cas précédent, mais associé au streptocoque.

M. Vidal. — Je ne peux trouver chez ce malade les caractères du rhinosclérome. Je crois qu'il s'agit plutôt d'une tuberculose, ou peut être de l'actynomycose.

Il faudrait faire l'inoculation à des cobayes, par exemple, pour avoir la preuve du diagnostic.

On trouve à la face interne de la lèvre des ulcérations fendillées avec décollement ressemblant à celui que produit la tuberculose. La tumeur est sous-dermique et du côté du nez on trouve des ulcérations dermiques qui

ne correspondent pas à celles du rhinosclérome. Sur la luette, sur les piliers on ne trouve aucune lésion.

M. Besnier. — J'ai déjà présenté un cas de pseudo-rhinosclérome qui était de nature tuberculeuse.

Le malade vient des îles Ioniennes, pays où il n'y a pas de rhinosclérome ; il est atteint de bacillose pulmonaire. Nous sommes donc dans la période d'évolution diagnostique et nous inclinons vers la nature tuberculeuse de la lésion.

Gommes des deux iris ; syphilide pigmentaire du cou ; alopécie en clairière, chez un homme syphilitique depuis 6 mois,

Par M. Hudelo.

Je vous présente un homme syphilitique depuis le mois de septembre 1891, époque où il contracta un chancre, suivi bientôt d'accidents constitutionnels légers.

Il y a 12 jours, ce malade commença à éprouver dans l'œil gauche une sensation gênante de corps étranger ; les deux ou trois jours suivants, apparut une douleur plus vive, mais cependant tolérable, avec légère photophobie, puis ces douleurs se sont calmées : du côté de l'œil droit, le malade n'a rien ressenti.

Il entre à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Fournier, le 6 février, non pour ses troubles oculaires dont il ne s'inquiète pas, mais parce qu'il souffre de lésions scrotales, provoquées par des applications médicamenteuses multiples (onguent napolitain, iodoforme, vin aromatique). On constate alors que ce malade présente quelques syphilides scrotales dissimulées sous une dermite assez vive de la peau des bourses, des syphilides érosives du voile du palais, de l'adénopathie cervicale.

De plus, son cuir chevelu est le siège d'une alopécie intense, en clairière, et le cou, surtout à sa face postérieure, présente une hyperchromie en réseau, caractéristique de la syphilide pigmentaire.

Si l'on examine l'œil gauche, on constate une déformation marquée de l'orifice pupillaire dans sa partie externe, et on distingue sur le segment externe de l'iris, à 3 ou 4 millimètres en dedans du limbe cornéal, sur le diamètre transverse de l'œil, une petite tumeur du volume d'un petit grain de millet, saillante, d'une coloration gris jaunâtre, chamois, enchâssée par sa base dans le tissu irien ; cette tumeur se voit nettement par transparence à travers la cornée qui ne présente aucune opalescence ; elle est entourée d'une très minime bordure rougeâtre, vasculaire. On ne note pas de synéchies antérieures ou postérieures ; pas de trouble du champ pupillaire.

L'iris droit présente une tumeur analogue comme volume et colo-

ration : elle siège exactement à l'union du cercle irien et du limbe cornéal, à la partie la plus inférieure de l'iris. De ce côté, l'orifice pupillaire est peu déformé.

Nous insistons sur ce fait que les symptômes réactionnels existent à peine ; nuls pour l'œil droit, ils se bornent pour l'œil gauche à une légère photophobie, une douleur minime, un peu de trouble de la vue.

Notre collègue M. Trousseau qui a bien voulu examiner le malade ce matin même a confirmé notre diagnostic de gommes des deux iris ; chez un sujet en cours de syphilis secondaire, au 6e mois de la maladie, cette précocité du syphilome irien nodulaire est la règle, aussi est-il justiciable avant tout d'un traitement mercuriel actif et intensif.

Syphilide pigmentaire généralisée,

Par M. Hudelo.

La jeune malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est une jeune femme de 19 ans, syphilitique depuis 3 mois et qui présente depuis un mois une syphilide pigmentaire, qui, au lieu de se limiter au cou, comme c'est la règle, a envahi la racine des membres supérieurs, la face antérieure du thorax, de l'abdomen et de la moitié supérieure des cuisses ; l'hyperchromie est particulièrement accentuée au cou et à la poitrine, où elle forme, suivant la comparaison de M. le professeur Fournier, une élégante dentelle ; sur l'abdomen et les cuisses, le réticulum pigmenté est moins net, les mailles sont irrégulières et interrompues. Sur la face postérieure du corps, la pigmentation ne descend guère plus qu'à deux travers de doigt au-dessous de la racine du dos : le dos, les fesses, sont absolument respectés : il en est de même de la face, et des membres supérieurs et inférieurs, en dehors des zones signalées.

Cette malade présente en même temps un peu d'alopécie, mais très discrète, des syphilides vulvaires ; enfin, elle offre des phénomènes nerveux (anesthésie et analgésie en placards ; rétrécissement double du champ visuel ; diminution de l'ouïe, du goût et de l'odorat), stigmates évidents d'une hystérie, qui, bien qu'antérieure à la syphilis de la malade, s'est caractérisée depuis cette infection par des attaques convulsives beaucoup plus fréquentes que par le passé.

Le secrétaire,

Dr Verchère.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1891

Dermographie de la face.

M. CHOUPPE a observé une jeune femme qui présente un type de dermographie très marquée et plus prononcée à la face que sur le reste du corps ; la moindre irritation de la face suffit pour faire apparaître les élevures ortiées. Par exemple, quand un membre de sa famille, qui a la barbe rude, vient à l'embrasser, elle est prise d'une éruption de tout le côté de la face touché et qui se prolonge au moins pendant un quart d'heure. Sur les membres et le tronc, la dermographie est également très nette. Cette jeune femme n'a aucun antécédent nerveux personnel ou héréditaire, elle ne présente aucune diathèse, son hygiène est parfaite. Il s'agit, en somme, d'un cas de dermographie chez un sujet ne présentant aucune tare nerveuse et, de plus, les cas de dermographie occupant la face sont rares.

M. FÉRÉ croit que la dermographie est un phénomène banal, pouvant exister en dehors de toute tare nerveuse. GEORGES THIBIERGE.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 2 JUIN 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr KOBNER.

Alopécie avec trichorrhexie.

M. BLASCHKO. — Selon cet auteur la trichorrhexie est presque toujours le symptôme de début de l'alopécie, on la trouverait dans 75 0/0 des cas. Chez le malade qu'il présente on ne pouvait pas constater au début de trichorrhexie, mais à un examen plus attentif on trouva des cheveux cassés, avec renflements en massue des racines, etc... Les cheveux cassés sont toujours sur le bord, c'est là un critérium qui permet de reconnaître si le processus est ou non terminé; en effet, si les cheveux se cassent encore c'est que le processus est encore en voie de progression.

M. REUTER. — A propos de la communication de M. Blaschko sur l'alopécie avec trichorrhexie, l'orateur vient de la part de M. Rosenthal, absent, dire que cet auteur a toujours observé cette friabilité des cheveux dans l'alopécie, il la regarde comme un trouble de nutrition des cheveux mais seulement comme un symptôme.

M. LEWIN considère l'area Celsi comme étant de nature trophonévrotique ; en 1884 il a publié dans les Annales de la Charité 100 cas d'atrophie hémifaciale ; dans 18 à 20 cas il y avait eu chute et décoloration des

cheveux et dans deux cas seulement trichorrhexie. Il ne peut donc admettre que la trichorrhexie soit liée à l'area Celsi.

M. Köbner tient le cas de Blaschko comme très caractéristique.

M. Blaschko regarde le rapport de la trichorrhexie avec l'area Celsi comme général et constant et il est heureux que Rosenthal ait fait la même observation. Quant à la nature trophique de l'area, il ne peut rien dire d'absolument certain, pourtant ses recherches bactériologiques ne viennent pas à l'appui de la théorie bactérienne. Bazin a attribué la rupture des cheveux au trichophyton.

Lupus.

M. Saalfeld présente un malade atteint de lupus qui, en raison de son aspect, offre un certain intérêt. Il s'agit d'une femme de 26 ans atteinte de lupus depuis l'âge de 7 ans. A un an, sa nourrice lui aurait transmis la syphilis : sous l'influence d'un traitement approprié les symptômes disparurent rapidement. Le processus commença dans la région de l'œil gauche, passa ensuite sur l'œil droit; jusqu'à l'âge de 12 ans le lupus ne fit pas de progrès, toutefois dans ce laps de temps perte presque complète de la vue du côté gauche ; de 10 à 16 l'œil droit fut recouvert par un symblépharon, on l'énucléa en raison de la phtisie du bulbe. De 14 à 17 ans, le processus lupique fut dans toute son activité ; la plus grande partie de la face fut détruite. Au voisinage de l'œil, ulcères lupiques à marche envahissante qui gagnèrent la face externe du nez. Tout le nez fut détruit, la face n'est plus actuellement représentée que par de nombreuses cicatrices plus ou moins saines. Billroth a fait à plusieurs reprises des restaurations autoplastiques. Ce cas rappelle la description de Diffenbach.

Verrues séborrhéiques.

M. Saalfeld présente un homme de 34 ans, coupeur, qui, il y a environ 14 ans, vit survenir sur la face externe de la cuisse gauche (région de la hanche) des taches rouges lenticulaires un peu plus larges, très prurigineuses et qui se transformèrent peu à peu en papules dures, rouge foncé.

Elles seraient survenues dans les points au-dessous desquels étaient des varices.

Au bout de 5 à 6 ans, l'affection souvent traitée sans résultats, disparut après la cessation de son travail qui l'obligeait à se tenir longtemps debout ; à la place des papules on voit encore quelques petites cicatrices brun clair et blanches, très légèrement déprimées ; en 1885 des efflorescences semblables apparurent sur la jambe gauche. Pas de cause appréciable, l'auteur ne peut pas trancher la question en ce qui concerne l'influence des varices sur la genèse de la maladie. Pas de syphilis ni de maladies constitutionnelles.

Le 28 mars, l'état est le suivant : le malade est un homme robuste, rien du côté des organes internes, léger engorgement des ganglions inguinaux. Sur le membre inférieur gauche varices commençant sur la face postérieure de la cuisse, passant au niveau du creux du jarret et gagnant la face antérieure de la jambe. Sur la cuisse, au niveau des paquets variqueux quelques cicatrices, brun rougeâtre, molles, légèrement déprimées.

La jambe est le siège depuis deux jours d'un œdème dur. Sur la face antérieure de la jambe nombreuses nodosités isolées ou confluentes de la dimension d'un pois à celle d'une pièce d'un franc. Elles sont prurigineuses, rouge brun, élastiques, légèrement saillantes, recouvertes de squamules fines, gris blanchâtre, en quelques points en voie de régression et formant des cicatrices rouges. Au-dessous du genou, sur la face externe de la jambe, on trouve sept plaques saillantes, rouge clair, semblables à l'urticaire, dont l'apparition remonte aux dernières 24 heures.

La partie antérieure de la jambe est un peu rouge, cette inflammation provoquée sans doute par des applications dont la composition n'est pas connue, est traitée par des compresses trempées dans de l'eau blanche. Au bout de 3 jours ces plaques ortiées étaient plus saillantes et la rougeur diffuse ainsi que le gonflement étaient plus caractérisés. Au-dessus du genou, sur la surface antérieure de la jambe il existe une petite bulle. L'état aigu a probablement été provoqué par le nouveau remède. Il s'agit bien ici de tumeurs de la peau ; en raison du début de l'affection par des plaques d'urticaire ou des éruptions analogues, Saalfeld songea d'abord à un mycosis fongoïde, mais tous les faits qui ont été publiés sont en contradiction avec cettehypothèse, de même qu'avec celle d'un sarcome de la peau avec lequel l'affection paraît avoir une ressemblance éloignée.

Discussion.

M. Blaschko porterait le diagnostic de verrues séborrhéiques ; elles surviennent très fréquemment chez les vieillards, parfois comme complication de l'eczéma. D'après l'aspect extérieur, il s'agit d'excroissances verruqueuses.

M. Köbner. — Rien n'indique un mycosis fongoïde ; l'aspect et la forme ne sont pas non plus ceux d'un sarcome. Néanmoins, il rejette aussi le diagnostic de verrues séborrhéiques, elles ne surviennent que sur la tête ou le dos, elles ne sont pas non plus (?) prurigineuses comme dans ce cas et en outre elles ne laissent pas après guérison des cicatrices planes. Köbner conseille un examen microscopique.

M. Blaschko maintient son opinion. On observe aussi du prurit dans les verrues séborrhéiques ; quant aux cicatrices, on peut se demander si elles résultent de la régression de verrues ou si elles ne proviennent pas d'autres altérations. La longue durée de la maladie, la structure anatomique des tumeurs lui font croire qu'il s'agit plutôt de verrues séborrhéiques.

M. Lewin. — Les verrues séborrhéiques sont parfois le siège de démangeaisons, elles peuvent survenir sur d'autres régions.

M. Köbner fait observer que, d'après le dire du malade, les cicatrices proviendraient de lésions analogues à celles de la jambe.

Épidémie aphteuse et piétin.

M. Lévy. — Ce sont surtout les paysans, comme le remarque Bollinger, qui sont exposés à la contagion et, vu le peu de gravité de l'affection, ils ont rarement recours au médecin, aussi n'a-t-on qu'exceptionnellement l'occasion d'observer la marche de cette maladie chez l'homme.

Ce malade, âgé de 43 ans, que l'orateur a vu le 20 mai, lui raconta qu'il

avait travaillé pendant 4 semaines 1/2 dans une vacherie où l'épidémie s'était déclarée juste au moment de son entrée. L'épidémie fut légère; il n'y eut que 4 vaches atteintes, chez lesquelles survinrent des aphtes dans la bouche, des vésicules aux sabots et aux pis. Le malade, outre les soins de la vacherie, devait exécuter les ordonnanees du vétérinaire, c'est-à-dire frictionner les pis avec de la vaseline salicylée, les sabots avec de l'essence de térébenthine. La première atteinte du mal remonte au 10 mai; en trayant les vaches il avait ouvert plusieurs vésicules, le pus avait coulé sur ses doigts et 5 jours après apparition de taches rouges, très prurigineuses sur la main droite, puis sur la main gauche. Le 19, fièvre, faiblesse générale. L'orateur croit que la fièvre n'a rien à faire avec la fièvre proprement dite ; elle est due sans doute à ce que la lésion du 3e doigt gauche a été suivie d'une lymphangite du bras avec engorgement des ganglions cubital et axillaire. Quand ce malade vint le consulter le 20, il avait sur l'avant-bras gauche une tache rouge foncé, un peu saillante, de la dimension d'une pièce de 50 centimes au centre de laquelle on voyait une bulle commençante. Sur la face d'extension du médius de chaque main, le processus était plus avancé. La surface d'extension des deux doigts était très rouge et tuméfiée au-dessus des articulations phalangiennes. La peau était rouge foncé, traversée par une teinte noir bleu; au centre, la couche cornée était déjà soulevée sur l'étendue d'une lentille par une bulle à son début. Ces bulles se développèrent ensuite, elles contenaient un liquide purulent; elles se rompirent et à leur place, il resta une ulcération superficielle, recouverte encore actuellement d'une croûte mince.

Au milieu de la lèvre supérieure il existait aussi le 20 mai une croûte brun rouge, plus grande qu'une lentille, à base ayant une dureté cartilagineuse. Cette affection de la lèvre avait la plus grande analogie avec un chancre dur; aujourd'hui la dureté de la lèvre a disparu et il ne reste plus qu'une petite partie de la croûte. Au début du traitement, l'affection avait atteint son plus grand développement au niveau de la tête du 3e métacarpien droit. Il y avait là une petite tumeur verruqueuse du volume d'un noyau de cerise, de consistance cartilagineuse, avec ombilication centrale ; elle avait au début le même aspect qu'aux autres doigts. Il s'agit ici de la transmission de l'animal à l'homme des aphtes et du piétin.

Discussion.

M. Köbner. — Les cas d'aphte et de piétin chez l'homme s'observent rarement en Allemagne. C'est en Écosse qu'on a rencontré la plupart des cas; l'affection se portait principalement sur les parties découvertes de la peau et sur la muqueuse buccale. La réinoculation à un veau a échoué jusqu'ici.

M. Lewin demande quelle est la durée de l'incubation ?

M. Lévy répond que les premières démangeaisons se sont produites au bout de 5 jours.

Sycosis parasitaire.

M. Saalfeld présente un cas de sycosis parasitaire qui date à peine de 4 semaines. L'affection a débuté sur le côté gauche du menton par une

tache rouge, prurigineuse qui s'est transformée très rapidement en un infiltrat dur, saillant, ressemblant à une figue. Peu de jours après l'application d'une pommade au précipité blanc à 5 0/0, l'affection devint aiguë. Un point à noter c'est que, en dehors d'une efflorescence du même genre, il n'y eut pas dans toute la barbe d'autres points malades.

A. Doyon.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE (1).

SÉANCE DU 6 MAI 1891. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI.

Pityriasis pilaire ou lichen ruber acuminé.

M. Neumann présente le malade qu'il a déjà montré à la Société de dermatologie et qui a été à plusieurs reprises le sujet d'une discussion sur l'érythème toxique, le lichen ruber acuminé et le pityriasis pilaire.

On peut faire abstraction de l'érythème toxique et du lichen ruber acuminé ; par contre, les données suivantes sont en faveur du pityriasis pilaire : en premier lieu la marche de l'affection : en effet, les papules punctiformes représentent des efflorescences ayant à leur centre une squame épidermique sèche, efflorescences que l'on peut faire disparaître facilement en grattant avec l'ongle et en frottant avec l'alcool. En second lieu, les papules situées sur la première phalange, qui étaient assez volumineuses et correspondaient à la sortie des poils, ce qui a déterminé la chute spontanée de l'épiderme et des dépressions cratériformes. De plus, il y a sur la peau de nombreuses parties sur lesquelles dans le cours de la maladie apparaissent des papules confluentes, la peau est actuellement molle, mince, élastique et claire, tandis qu'une certaine étendue est encore rouge. Les lésions des ongles dont la surface était inégale et raboteuse, et la matrice remplie de substance unguale hypertrophiée, remplissant le bord libre de l'ongle, ont actuellement disparu. Les ongles sont lisses, le bord indemne ; seulement à la paume des mains et à la plante des pieds, l'épiderme est uni et non inégal comme auparavant. En outre, la nutrition du malade s'est notablement améliorée, le poids du corps a augmenté de 4 kil. 1/2, par conséquent, on trouve, dans ce cas, toutes les conditions, y compris les données anatomiques, que l'école française indique pour le pityriasis pilaire.

Mais dans une question aussi importante, un seul cas ne suffit pas pour l'élucider, d'autres observations sont nécessaires pour expliquer la nature du processus tout entier.

M. Lang fait remarquer l'atrophie de la peau au niveau des doigts et pense que l'affection n'est pas guérie et doit être encore observée.

M. Kaposi maintient son opinion antérieure que le pityriasis rubra pilaire ne se distingue en rien du lichen ruber acuminé. Les Français ne décrivent actuellement que des cas de pityriasis rubra pilaire et aucuns de lichen ruber acuminé. Kaposi, pense au contraire que, avec le nombre sans cesse croissant de nos observations, on constatera que le pityriasis rubra pilaire ne constitue pas toujours une dermatose bénigne, de même que le lichen ruber acuminé ne représente pas constamment un processus

(1) *Archiv. f. Dermatologie und Syphilis.* 1892, p. 181.

dangereux pour la vie. Le cas de Neumann est, selon l'orateur, malgré un traitement externe et interne de 13 mois, loin d'être guéri. La peau est chagrinée et en quelques points atrophiée. Kaposi a recueilli des observations tout à fait opposées ; le jeune homme qu'il a présenté, il y a peu de temps avec de l'érythème diffus, de l'exsudation et des papules molles, confluentes, a guéri avec un traitement arsenical. Le cas de lichen ruber acuminé, chez une jeune fille, qu'il a présenté à la Société et sur lequel plusieurs membres ont porté le même diagnostic a guéri, au contraire, par évolution spontanée dans l'espace de quelques semaines. L'orateur espère que les recherches actuelles nous permettront d'élargir le cadre jadis plus étroit de cette maladie ; il comprendra les deux formes, celle décrite comme pityriasis rubra pilaire, et celle désignée sous le nom de lichen ruber acuminé.

M. LANG remarque que le cas qui a été présenté au début par M. Neumann comme érythème toxique, plus tard comme lichen ruber acuminé et finalement comme pityriasis rubra pilaire ne serait, par conséquent, pas typique et étant unique ne permet pas de trancher la question de l'existence du pityriasis rubra pilaire.

M. NEUMANN s'en réfère aux explications qu'il a données à Paris sur le lichen ruber acuminé. Dans le cas actuel, les papules sur les phalanges lui ont paru exceptionnelles et il lui est impossible de regarder désormais ce cas comme du lichen ruber acuminé.

M. KAPOSI insiste sur ce que l'explication, au sujet du rapport des deux maladies en question, est fondée précisément sur l'interprétation du cas de Neumann. Il pense que plus on observera et plus on pourra constater le développement excessif de quelques symptômes. Dans le cas actuel, l'orateur pense qu'après la cessation du traitement, il surviendra de nouveaux symptômes et *non la guérison.*

Pemphigus foliacé.

M. NEUMANN présente un autre malade qui, en 1887, était en traitement à la clinique pour un pemphigus et en juin 1890 fut de nouveau admis pour un pemphigus foliacé.

A l'époque de son traitement (jusqu'à il y a environ un an) son état s'améliora à ce point que toute la surface de la peau, qui auparavant était recouverte de bulles flasques et de parties dépouillées d'épiderme, était revenue il y a 4 mois presque à l'état normal, seulement, de temps à autre, il survenait de petites vésicules et après leur dessiccation, l'épiderme reprenait son aspect normal. Le malade paraissait donc avoir un pemphigus simple ; au bout de quelque temps, il eut une nouvelle poussée sur tout le corps de bulles flasques avec contenu séreux et trouble, après leur disparition l'épiderme n'est pas revenu à l'état normal.

M. KAPOSI signale la diversité des espèces de pemphigus. Ceux qui ont vu des cas nombreux de cette affection savent que chaque cas de pemphigus offre quelque chose de particulier et que d'autre part chez un seul et même malade l'aspect, pendant l'évolution du pemphigus, peut être très variable. Le polymorphisme qui a été signalé (Duhring) comme symptôme principal de la dermatite herpétiforme, caractérise le pemphigus précisément en raison de l'exactitude des descriptions antérieures. C'est ainsi par exemple que chez le malade atteint de pemphigus, présenté récemment par

l'orateur, avec prédominance d'érythèmes circonscrits, de bulles tendues et une fièvre légère, il existe actuellement des bulles flasques avec tendance à devenir un pemphigus exfoliatif et en même temps fièvre intense.

M. Neumann est du même avis et parle d'un homme qu'il traitait au début à la consultation gratuite pour quelques bulles et chez lequel plus tard, sous l'influence d'une éruption généralisée de pemphigus serpigineux et circiné, la maladie prit une marche très grave.

Hérédite syphilitique.

M. Neumann présente une femme qui, il y a neuf ans, a épousé un syphilitique, et depuis lors elle a accouché 8 fois ; deux enfants sont vivants, l'un a actuellement 5 ans et est scrofuleux, tandis que l'autre âgé de 8 mois est sain. Elle a eu 6 fausses couches à 6 mois, avec fœtus macéré. A l'époque où les enfants sains vinrent au monde, elle suivait un traitement antisyphilitique ; actuellement elle a quelques périostites sur les deux jambes.

Lèpre avec gangrène.

M. Kaposi montre chez le lépreux qu'il a présenté autrefois (lèpre tubéreuse et maculeuse et anesthésique) une gangrène qui est survenue spontanément. Sur le grand trochanter gauche il existe une eschare vert noirâtre, de la dimension de la paume de la main, irrégulièrement limitée par une ligne rouge, recouverte d'épiderme intact. A côté trois autres petits foyers gangréneux semblables. Leur apparition a été précédée par une légère rougeur comme dans la gangrène hystérique spontanée. Kaposi dit qu'en général dans la forme tubéreuse la gangrène ne survient qu'à la suite d'inflammation traumatique ; dans la forme anesthésique, outre la nécrobiose atrophique, à la suite de plaies ou de brûlures. On n'a jusqu'à présent jamais observé une gangrène spontanée dans la lèpre tubéreuse et anesthésique, comme chez ce malade, et dans cette région et sous une forme qui exclut tout traumatisme. Peut-être s'agit-il d'un infiltrat lépreux autour de quelques fibres nerveuses, auquel cas il faudrait interpréter cette gangrène comme celle qui survient dans le zoster, sans que ceci puisse élucider la question de l'existence des nerfs trophiques.

M. Joseph rapporterait la gangrène à la compression des nerfs par les bacilles.

M. Kaposi insiste sur ce point que la gangrène est survenue dans ce cas sans inflammation préalable.

M. Ehrmann remarque que tout nerf peut avoir une fonction trophique et que par conséquent on ne doit pas regarder cette gangrène comme la suite d'une maladie de prétendus nerfs trophiques ; des influences vasomotrices pourraient aussi y contribuer.

M. Lang tient compte dans ces cas des nerfs trophiques si la gangrène n'a pas été provoquée par un traumatisme à la suite d'anesthésie.

M. Kaposi rejette le traumatisme et appelle l'attention sur l'épiderme intact, le nombre des plaques et l'apparition subite de la gangrène.

Eczéma calorique.

M. Kaposi présente un malade atteint d'eczéma calorique sous forme de

grandes plaques disséminées sur le corps et les membres, avec bulles et pigmentation foncée et intense de la peau.

Pemphigus vulgaire.

M. Kaposi. — Il s'agit d'un homme jeune dont le tronc et les membres sont le siège de nombreuses efflorescences, saillantes, toutes isolées, mais confluentes, lenticulaires, à pigmentation foncée, les unes semblables à de l'urticaire, les autres renfermant de la sérosité sous une enveloppe épidermique très dure. Le tableau morbide est difficile à différencier de l'eczéma présenté ci-dessus. Il est évident qu'il s'agit bien d'un pemphigus à en juger par la forme et l'aspect de toutes les efflorescences, qui, malgré leur confluence, laissent la peau intacte dans leurs intervalles, ainsi que par les nombreuses croûtes et taches pigmentées, correspondant à la forme des efflorescences. Il est seulement étonnant que cette forme apparaisse dans ce cas comme le début d'un pemphigus, tandis que le plus souvent on observe ces petites bulles dans les périodes de rémission du pemphigus chronique, où ce symptôme n'a alors rien de remarquable.

Fibres d'Herxheimer.

M. Ehrmann a trouvé que les fibres décrites par Herxheimer sont des prolongements soit de chromatophores ramifiés, soit de cellules épidermiques et qui, commençant à l'extrémité inférieure par une base large, se terminent souvent en forme de bouton avec un amas de pigment sur une cellule épidermique de la couche supérieure.

Il n'a pas trouvé le faisceau décrit par Herxheimer. Ehrmann a examiné le condylome large d'un individu non pigmenté et est arrivé aux conclusions suivantes :

Les fibres d'Herxheimer se comportent d'une manière différente dans les diverses zones et couches du condylome large. Au voisinage du condylome large elles marchent isolément comme dans l'épiderme normal, en bas elles sont larges à leur point de départ et dans les couches supérieures ce sont des productions se terminant dans des cellules sous forme de bouton et de figures sinueuses, d'épaisseur plus marquée aussi dans la zone la plus externe du condylome large. Mais dans la zone suivante elles représentent des faisceaux, mais encore enfoncés dans le protoplasma. Au centre du condylome large, elles manquent le plus souvent et presque toujours dans les couches superficielles où la nécrobiose se prépare. Il en résulte que les cellules au pôle inférieur examinées avec la coloration de Weigert, sont des prolongements brun foncé, stalactiformes, tandis que le reste du corps de la cellule est décoloré. Dans les couches les plus inférieures des prolongements grossis du réseau on observe des formes ramifiées et variées qui correspondent exactement aux chromatophores décrits par Ehrmann du condylome large de sujets pigmentés, seulement ils sont à présent colorés en bleu. En quelques points elles se dissocient. Erhmann, en s'appuyant sur le résultat de ses recherches, émet l'hypothèse que lors de l'augmentation pathologique des cellules épidermiques, les prolongements cellulaires qui les relient et qui constituent les fibres d'Herxheimer, gonflent, puis se dissocient et forment des faisceaux de fibres. Les cellules

amiboïdes qui se trouvent dans l'épiderme participent au même processus ; dans la couche qui est la plus rapprochée de la couche nécrobiotique ces connexions sont dissoutes et il reste les prolongements stalactiformes décrits ci-dessus qui se dissocient encore ultérieurement.

SÉANCE DU 20 MAI 1891. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI

Vitiligo.

M. KOHN présente une jeune fille de 17 ans, qui a sur tout le corps, sans maladie antérieure, de grandes plaques dépourvues de pigment et sur plusieurs parties de la tête des mèches de cheveux blancs.

M. EHRMANN cite un cas dans lequel survinrent avec le temps, sur les régions atteintes de vitiligo, de petites pigmentations.

M. KAPOSI dit qu'il faut considérer le vitiligo comme une achromatose ; aussi la pigmentation consécutive de ces parties achromatiques lui paraît-elle très extraordinaire. Très souvent elle se produit tout autour d'un nævus ou d'un lentigo et s'étend ensuite considérablement avec le temps. On ne peut pas provoquer artificiellement d'hyperchromatose sur les parties achromatiques. Souvent au contraire, on ne remarque les lentigines existant antérieurement, qu'après l'apparition de l'achromatose ; elles sont plus intenses en été sur les régions découvertes ainsi que sur celles qui sont recouvertes.

M. SCHIFF propose de traiter cette malade par l'électrolyse, il a obtenu ainsi un succès durable dans un cas analogue.

Alopécie généralisée.

M. KOHN présente un cas d'alopécie généralisée qui a commencé comme une pelade et s'est étendue après l'influenza.

Leucodermie syphilitique.

M. KAUFMANN présente une malade atteinte d'une leucodermie syphilitique très fortement caractérisée et de stomatite. Cette femme avait contracté la syphilis il y a trois ans ; injections de calomel, il y a un an ; elle a actuellement une très violente stomatite, sans qu'on puisse constater la présence du mercure dans la salive ou dans l'urine.

M. KOCH a vu cette malade dans le service de Mracek ; il ne croit pas que la stomatite soit la conséquence des injections. Auparavant, il existait de fortes pigmentations, elles sont disparues sous l'influence du traitement.

M. EHRMANN connaît aussi cette malade, et il pense que la leucodermie a pris la place des efflorescences. Auparavant, il y avait une hyperhémie évidente autour des efflorescences papuleuses.

Pemphigus.

M. KAPOSI appuie ses déclarations antérieures sur la diversité des symptômes du pemphigus, en présentant les trois malades qu'il a montrés alors (P. prurigineux, foliacé et vulgaire). Ces malades offrent actuellement des caractères morbides absolument différents soit par suite du traitement soit par le fait de la variété des symptômes.

Lichen des scrofuleux.

M. Kaposi présente un homme atteint de lichen des scrofuleux. Bien que ce soit un individu robuste, on constate chez lui des paquets glandulaires au cou et la cacotrophie de la peau.

Syphilide lichénoïde.

M. Lang rapporte un cas de syphilis qui débuta par de la roséole ; plus tard, il se produisit du lichen syphilitique, dont le point de départ était dans les taches entourant les follicules. Comme il s'agissait d'un individu affaibli avec caries multiples, ce cas rappelait beaucoup le lichen des scrofuleux.

Kératolyse.

M. Lang présente un malade dont l'épiderme des doigts se détache sous forme de petits rouleaux, de sorte que de temps en temps il se fait une cicatrisation régulière. L'orateur pense qu'il s'agit d'un cas remarquable de kératolyse.

M. Kaposi a observé un état semblable après l'érythème multiforme.

A. Doyon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE ZURICH (1)

SÉANCE DU 27 JUIN 1891

Lichen ruber plan.

M. H. Muller présente un jeune homme de 19 ans, atteint de lichen ruber plan, qui a débuté il y a environ 3 mois sur la jambe gauche, par une plaque de la dimension d'une pièce d'un franc. Cette plaque s'étendit lentement; en même temps de nouvelles éruptions se produisirent sur la jambe droite, puis sur les bras et enfin sur le tronc.

Au commencement de mai, ce malade consulta un médecin, qui déclara qu'il s'agissait d'un psoriasis et prescrivit un traitement dans ce sens. Mais l'éruption ayant envahi une très grande partie du corps (la face, les mains, les pieds et la partie supérieure du tronc ainsi que le cou étaient indemnes), le malade vint à la policlinique. On ordonna tout d'abord un traitement indifférent, et il y a trois semaines, en raison de la marche progressive de l'affection, un traitement arsenical. Au bout de 8 jours, régression très marquée des infiltrats durs de la peau, de telle sorte que, aujourd'hui, il n'est plus possible de constater l'aspect très caractéristique du lichen plan. C'est le premier cas de cette affection que l'auteur a eu l'occasion d'observer ici. A. Doyon.

(1) *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte,* 1891, p. 505.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Eczéma des enfants. — HERNANDEZ BRIZ. Tratamiente del eczema infantil (*Revista clinica de los hospitales.* Madrid, 1891, 433).

En pratique, dit l'auteur, on peut diviser l'eczéma en deux classes : l'eczéma de la face et du cuir chevelu (forme la plus fréquente chez les enfants) et l'eczéma généralisé. Il donne ensuite la description de ces formes; à propos de l'eczéma de la face, il mentionne ce fait qu'il peut se produire des accidents sérieux, tels que des ophtalmies, des otites, conséquences de l'extension de la maladie aux organes des sens. En parlant de l'étiologie il rapporte l'opinion de Henoch sur l'influence de la dentition, qu'il n'admet pas pour sa part. Il cite une observation d'Henoch dans laquelle, à chaque éruption dentaire, survenait une récidive d'un eczéma sur les joues, l'affection cutanée disparaissant dès que la dent était sortie : il considère comme une coïncidence ces faits qui sont pourtant bien connus. Pour lui, chaque fois que la nutrition sera normale, la dentition ne présentera aucune complication ; il n'y aura aucun accident si l'alimentation de l'enfant est bien réglée ou s'il n'y a pas d'infraction aux règles de l'hygiène. Chez ses malades, il était facile de se convaincre que la nutrition était troublée, par suite d'un vice de régime alimentaire. Ces enfants qui paraissaient robustes étaient en réalité extrêmement lymphatiques : leur tissu adipeux exubérant qui pouvait faire croire à la santé était pourtant loin de répondre à un tel état. Le traitement local conseillé par l'auteur est le suivant : les croûtes une fois détachées, la tête est recouverte d'une toile imperméable, puis lavée à l'eau savonneuse tiède; on emploie ensuite indifféremment des pommades à l'oxyde de zinc et au sous-nitrate de bismuth ou bien celle de goudron et si elles ne suffisent pas, la pommade à l'iodoforme à 4 gr. pour 30. Trousseau, dit-il, recommandait les bains de sublimé et aujourd'hui leur grande action antiseptique et parasiticide est démontrée ; le sublimé en fomentations à 1 pour 2000 est aussi employé. Le traitement général a pour but de combattre le lymphatisme, de tonifier le malade et de rendre sa peau moins favorable au développement du germe morbide.

PAUL RAYMOND.

Eczéma séborrhéique. — W. DUBREUILH. De l'eczéma séborrhéique des lèvres (*Journal de médecine de Bordeaux*, 18 et 25 janvier 1891, p. 253 et 267).

Dubreuilh rapporte 2 cas d'eczéma séborrhéique du bord libre des lèvres.

I. — Jeune fille de 17 ans, présentant depuis 3 mois de l'inflammation et

de la tuméfaction des deux lèvres dont le bord libre est rouge, lisse et luisant, la partie cutanée d'un rouge jaunâtre couverte d'abondantes squames petites et minces, se détachant facilement et un peu grasses au toucher. Cette éruption est plus accusée sur la lèvre supérieure d'où elle s'étend dans les narines et dans le sillon naso-génien gauche. Entre le bord rouge des lèvres et la peau on voit des fissures radiées superficielles n'intéressant que l'épiderme. Plaques d'eczéma séborrhéique sur le front, le menton, le cou, séborrhée modérée du cuir chevelu. L'affection présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

II. — Jeune homme de 18 ans, ayant depuis longtemps de la séborrhée du cuir chevelu et atteint d'eczéma séborrhéique du front. Au-dessous de l'aile droite du nez, plaque arrondie, à contour bien délimité, à surface rouge jaunâtre très pâle, couverte d'une desquamation fine, nacrée, grasse, plus abondante sur le bord et ressemblant aux cercles squameux du front fréquents dans les séborrhées intenses du cuir chevelu. Pourtour de l'orifice buccal occupé par une éruption qui atteint le bord libre, forme une zone de un à deux centimètres sur la face cutanée des lèvres et se continue en haut avec les lésions du sillon naso-génien gauche et en bas avec celles du menton. Bord libre des lèvres un peu gonflé, d'un rouge vif, recouvert d'un épiderme mince, lisse, luisant et tendu, en partie recouvert par de larges squames d'épiderme désséché adhérentes encore mais se détachant par les bords, séparées et découpées par bandes de 2 à 5 millimètres de large par des fissures superficielles à disposition radiée. Aux commissures labiales, les fissures sont plus nombreuses, s'irradient en éventail, deviennent plus profondes et forment de véritables rhagades ; elles sont également plus multipliées à la limite de la peau, où elles se perdent rapidement, la desquamation devenant irrégulière et les squames plus minces. Sur la face externe et cutanée des lèvres, les lésions reprennent l'aspect pityriasique. Eczéma des sillons rétro-auriculaires. Eczéma séborrhéique des parties postérieure et latérale du cou. Intégrité du dos et de la région sternale. Lésions multiples et polymorphes d'eczéma des membres.

La nature de l'eczéma est affirmée dans ces deux cas par les lésions séborrhéiques concomitantes. Cependant, comme au bord libre des lèvres il n'y a ni glandes sébacées ni glandes sudoripares, il faut admettre que dans l'eczéma séborrhéique il y a autre chose qu'une lésion ou un trouble fonctionnel des glandes de la peau.

L'eczéma séborrhéique des lèvres, décrit par Rayer sous le nom de pityriasis, est une affection à la fois tenace et récidivante.

Georges Thibierge.

Éphélides. — Moritz Cohn. Zur Anatomie der Epheliden, Lentigines und Naevi pigmentosi (*Monatshefte für prakt. Dermatologie*, 1891, t. XII, p. 119).

Voici le résultat des recherches histologiques de l'auteur :

1° Dans les maladies pigmentaires circonscrites de la peau on trouve, très répandues dans les lymphatiques de l'épiderme et du derme, du pigment libre sous forme de granulations et d'amas volumineux. Elles sont facilement détruites par l'eau oxygénée.

2° Dans toutes ces affections on rencontre, dans le derme, des cellules de tissu conjonctif plus ou moins répandues, qui ne se distinguent en rien des cellules ordinaires de tissu conjonctif et sont chargées de pigment. Ce pigment des cellules du derme oppose une très grande résistance à la destruction par l'eau oxygénée.

3° Certaines cellules de tissu conjonctif, ramifiées ou non, offrent à peu près la même résistance à la dépigmentation. Ces cellules se trouvent en petit nombre sur les limites du derme et de l'épiderme et parfois celles-ci envoient des prolongements entre les épithéliums de la couche inférieure.

4° Le pigment se trouve enfin accumulé entre les cellules dans les épithéliums, à savoir autour de leur noyau, en général de préférence à un pôle.

5° L'auteur n'a rien observé dans ses préparations indiquant soit un développement graduel, métabolique, du pigment dans les cellules du derme ou dans les épithéliums ; soit une émigration au dehors du pigment accumulé dans ces cellules et ces épithéliums ; soit un passage au moyen des prolongements cellulaires du pigment d'une cellule à une autre ; soit enfin la présence d'une espèce particulière de cellules du tissu conjonctif chargées du transport du pigment.

6° D'après ses préparations M. Cohn considère par conséquent comme positif, premièrement qu'il existe certainement du pigment dans les fentes lymphatiques de la peau, et deuxièmement que toute une série de différentes espèces de cellules sont aptes à recevoir du pigment.

Tout porte donc l'auteur à admettre que chez l'homme le pigment de l'épiderme provient du derme. Si l'on ne peut pas considérer les preuves comme certaines, il y a des indices qui nous montrent que cette origine est plus probable que la transformation métabolique du protoplasma cellulaire en pigment.

Quant aux maladies circonscrites de la peau, on peu tirer une ligne de démarcation précise entre les nævi et les lentigines d'une part et de l'autre les éphélides, soit macroscopiquement, soit microscopiquement. Les nævi et les taches lenticulaires surviennent sur des régions quelconques ; les éphélides n'apparaissent que sur les parties découvertes, exposées à la lumière du soleil.

Les nævi ne pourront jamais être confondus macroscopiquement avec d'autres lésions, il n'en est pas de même des éphélides et des taches de lentigo. On observe les différences suivantes : les taches de lentigo sont toujours isolées, elles n'envahissent pas les parties découvertes plus souvent que celles qui sont recouvertes, les taches d'été sont au contraire toujours confluentes et n'atteignent que les régions découvertes. A la loupe les lentigines sont d'ordinaire un peu saillantes au-dessus de la peau environnante, il n'en est pas ainsi pour les éphélides. Microscopiquement, on trouve constamment dans les nævi et les lentigines du pigment dans toutes les couches de l'épiderme, et dans le derme jusque dans la couche sous-papillaire. Les vaisseaux du derme sont toujours dilatés, leur noyau endothélial tuméfié. On rencontre toujours aussi des masses isolées de cellules et des cordons cellulaires, tout au moins à la périphérie, parfois le derme tout entier en

est rempli. Dans les éphélides, les vaisseaux et le derme sont normaux. Le pigment ne se trouve que dans la couche basale de l'épiderme ; le derme en est d'ordinaire exempt ; parfois il en contient des traces. A DOYON.

Épithélioma. — J. BRAQUEHAYE. Épithélioma du cuir chevelu ayant débuté par les glandes. Propagation à la voûte crânienne, aux méninges et au cerveau (*Bullet. Soc. anatomique de Paris*, 1891, p. 254).

Femme de 56 ans, ayant depuis 4 ans une tumeur située à la portion supérieure du pariétal gauche, près de la suture occipitale, au voisinage de laquelle se sont développées depuis 8 mois 3 autres tumeurs plus petites qui ont rapidement augmenté de volume depuis 3 mois. On constate une tumeur du volume du poing, irrégulière, lobulée, de consistance inégale, très dure sur certains points, fluctuante sur d'autres, superficiellement ulcérée sur sa partie la plus élevée, recouverte d'une peau rouge, violacée, adhérente ; la tumeur adhère à l'os. Incision de la tumeur sur un des points douloureux et fluctuants, écoulement d'un pus épais, grumeleux, sanguinolent. Deux autres tumeurs, situées symétriquement à la partie postérieure et dont la plus volumineuse a les dimensions d'une noix, sont dures et mobiles à la fois sur le crâne et sous les téguments. Quelques jours après l'entrée, brusquement hémiplégie gauche, puis eschare sacrée, convulsions épileptiformes des parties paralysées ; le facies devient cachectique. La tumeur ulcérée suppure abondamment, saigne facilement ; son ulcération est profonde, même sur l'os dénudé qui, à son centre, est perforé. Mort 2 mois après le début de l'hémiplégie.

A l'autopsie, pas de ganglions dans les régions préauriculaires et cervicale ; envahissement des os du crâne et de l'hémisphère droit du cerveau par la tumeur ; noyau cancéreux du volume d'une petite noix à la pointe du cœur. A l'examen histologique de la tumeur, épithélioma ayant probablement débuté, d'après M. Gombault, par les glandes du cuir chevelu.

GEORGES THIBIERGE.

Épithélioma. — A. FUSTER. Contribucion a la terapeutica de los epiteliomas (*Revista de Dermatologia, etc.* Madrid, 1891, p. 193).

Avec le Dr F. Rubio l'auteur reconnaît : 1o un épithéliome végétant qui se développe vers l'extérieur ; 2o un épithéliome caractérisé par un rebord qui entoure l'ulcération dont la surface est bien plutôt corrodée que végétante ; 3o un épithéliome qui commence par un petit bouton dur, lequel intéresse la peau et les tissus sous-jacents, détruisant peu à peu les tissus voisins. Ce sont les deux premières variétés qui sont justiciables de la nouvelle méthode de traitement. Dans la première, après avoir ramolli au moyen d'un cataplasme les croûtes qui recouvrent l'ulcération et les avoir fait tomber avec la spatule, on racle les bourgeons qui la recouvrent et on passe aussitôt à sa surface une boulette de coton imprégnée de chlorure de zinc liquide, on répète la cautérisation tous les deux ou trois jours et cela autant de fois qu'on le juge nécessaire. Dans la seconde variété, pour

faire la cautérisation, on ne racle pas les surfaces et l'on y passe la boulette de coton imprégnée de chlorure de zinc pur ou dilué. On observe les phénomènes suivants : La couche embryonnaire de rouge qu'elle était devient grise et le coton entraîne et se recouvre d'un détritus granuleux d'un blanc sale formé par les cellules épithéliales du stroma. Le chlorure de zinc n'attaque pas l'épithéliome mais, en revanche, il détruit avec rapidité la surface embryonnaire molle et mal formée. Il paraît à première vue impossible que la cautérisation si superficielle de la boulette de coton soit suffisante pour détruire un épithéliome, mais sur neuf épithéliomes que l'auteur a ainsi traités, trois du premier type et six du second. il a obtenu chez tous ses malades une guérison rapide, sans récidive, bien qu'il y ait déjà six mois qu'il a employé ce traitement pour la première fois.

PAUL RAYMOND.

Épithélioma traité par la résorcine. — C. BŒCK. Kurze Notiz über Behandlung des Ulcus rodens mit dem Unnaschen Resorcinpflastermull (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1891, t. XII, p. 173).

Tout le monde sait que la résorcine est employée avec succès sous forme de pommade, dans le traitement des ulcérations cancéreuses, mais l'auteur n'a vu cité nulle part les résultats vraiment remarquables que l'on obtient dans l'ulcère rodens avec l'emplâtre de résorcine. Voici deux cas qu'il a observés :

1° Un jardinier de 72 ans vint le consulter pour un ulcère rodens assez étendu qu'il portait sur la joue droite, ulcère qui existait depuis 10 ans et avait déterminé un ectropion de la paupière inférieure. Sa surface était complétement ulcérée, humide et purulente. L'emplâtre à la résorcine fut appliqué et changé chaque jour. Au bout de peu de jours il se produisit une amélioration notable et deux mois plus tard toute la surface ulcérée était cicatrisée, sauf quelques petits points humides disséminés.

2° Employé, âgé de 82 ans, atteint d'un ulcère rodens de la tempe droite. Cet ulcère, de forme arrondie, existait depuis 6 mois, bords infiltrés assez élevés. Bœck fit appliquer un emplâtre à la résorcine et lorsqu'il revit ce malade un mois et demi plus tard l'ulcère était depuis longtemps cicatrisé.

A. DOYON.

Épithelioma. — UNNA. Bemerkungen zur vorhergehenden Notiz über Ulcus rodens (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1891, t. XII, p. 174).

Unna connaît depuis longtemps cette action favorable de l'emplâtre de résorcine sur l'ulcère rodens et cette médication mérite d'être employée dans tous les cas où une extirpation radicale n'est pas possible. Mais elle ne lui paraît être efficace que dans un petit nombre de cas. Il a observé un fait semblable à celui de Bœck chez un capitaine marin qui vint le consulter pour un ulcère rodens de la paupière inférieure droite. Le résultat fut le même que chez l'employé de 82 ans.

A propos de cette variété d'ulcère, Unna divise les cas en deux caté-

gories. Les cas récents, datant de quelques semaines ou de quelques mois, n'ont en raison de leur aspect bénin rien de spécial, à ce moment l'ulcère rodens est facilement curable.

Les cas anciens, qui envahissent une grande partie de la face, sont au contraire toujours confondus avec le lupus et traités en conséquence.

Ce qui caractérise cet ulcère, véritable variété de cacircome, c'est qu'il ne détermine pas d'engorgement ganglionnaire et n'influe pas sur l'état général; cependant, dès le début au point de vue histologique et à la fin au point de vue clinique, c'est toujours un carcinome typique.

Les cas d'ulcus rodens observés par Unna concernaient pour la plus grande partie des marins.

L'auteur a vu par hasard trois cas d'ulcus rodens accompagné d'une autre affection de la peau qui paraît être spéciale aux marins et qui n'a pas encore été décrite. La peau dans ces cas est le siège d'une stase rouge bleuâtre sur le dos des mains et de la face, spécialement des oreilles. Elle n'a rien de caractéristique et cet état s'explique par l'action de l'humidité et du froid. La couche cornée est épaissie in toto, rugueuse, fendillée et en défurfuration continuelle. A la face et aux oreilles, quelques troncs vasculaires forment des téléangiectasies circonscrites. Dans certains cas on trouve sur ces parties des taches pigmentaires disséminées analogues à des éphélides; enfin au bout de plusieurs années on voit se produire, principalement sur les bords des oreilles, une légère atrophie de la peau. Dans les cas cités ci-dessus, Unna a observé que d'une part des petites tumeurs ayant le caractère d'adénomes sébacés provenaient d'épaississements verruqueux, et d'autre part que l'ulcère rodens envahissait de préférence les points où existaient antérieurement des érosions et des verrues. Il croit pouvoir attribuer à cette affection, qui présente une analogie évidente avec l'ulérythème (xérodermie) pigmentaire des enfants, un rôle favorisant le développement de l'ulcus rodens. Il a constaté que la vaseline résorcinée est un remède simple et efficace pour la peau des marins. A. Doyon.

Érythème dans la fièvre typhoïde. — Peter. Erythème polymorphe chez un convalescent de fièvre typhoïde (*Semaine médicale*, n° 35, p. 281, 1891).

Il s'agit d'un homme âgé de 26 ans, qui, arrivé au dixième jour d'une convalescence de fièvre typhoïde eut une éruption polymorphe précédée d'élévation de température et de sueurs abondantes.

La fièvre typhoïde avait eu certaines apparences de gravité qui relevaient de l'état du malade qui est un véritable hystérique. Au début, il devint muet, mais muet nerveusement, il fut pris de même d'une dyspnée désordonnée sans que, à l'auscultation, on trouvât aucun bruit morbide capable d'expliquer de tels troubles respiratoires; la température, certains soirs, fut très-elevée (41°), mais le pouls n'était pas fréquent.

Arrivé au dixième jour de la convalescence, après quelques jours d'apyrexie complète, la température s'élève le soir jusqu'à 39°, le malade est inondé de sueur et l'éruption apparaît, celle-ci est polymorphe, elle res-

semble ici à de l'eczéma, là à de la rougeole, à de la variole ou encore à la scarlatine. Après avoir éliminé les fièvres éruptives et les érythèmes artificiels M. Peter fait remarquer que cet homme a eu cette éruption pour la même raison qui a déterminé des sueurs profuses dans sa dothiénentérie, parce que c'est un nerveux et qu'il est nerveux par sa peau, il a encore une folie sécrétoire, comme il a eu pendant sa fièvre typhoïde une folie dyspnéique. Comme nature, M. Peter admet qu'il s'agit là d'une suette miliaire, survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

L. Perrin.

Érythèmes mercuriels. — Morel-Lavallée. Des hydrargyries pathogénétiques, érythèmes polymorphes scarlatiniformes dus à l'usage interne du mercure (*Revue de médecine*, juin 1891, p. 449).

Description complète de la forme d'hydrargyrie cutanée caractérisée par une éruption de taches ou de placards rouges, avec ou sans vésicules, se généralisant rapidement et suivie d'une desquamation tantôt légère et furfuracée tantôt profuse. Cette forme, dont on connaît depuis Alley et Bazin les variétés légères et graves, est pour l'auteur à peu près spécifique et caractéristique de l'intoxication mercurielle. Elle se montre en raison d'une prédisposition individuelle. Elle se rencontre le plus souvent d'après l'auteur — ce qui nous paraît des plus contestables — après l'ingestion de calomel, et il suffit d'en avoir pris une seule fois et même à petite dose pour pouvoir être atteint de cette éruption. Plusieurs observations inédites accompagnent ce mémoire important, dont le titre est quelque peu sujet à critique : l'association des épithètes scarlatiniformes et polymorphes est certainement peu heureuse, étant donné le caractère si remarquablement *monomorphe* de l'érution scarlatineuse. Georges Thibierge.

Érythème mercuriel. — Ramally. Érythème mercuriel scarlatiniforme (*Union médicale*, nº 119, 1891).

L'auteur de ce travail rapporte un exemple d'intoxication mercurielle qu'il a observée à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service de M. Burlureaux. C'est un cas d'intolérance remarquable vis-à-vis de la médication hydrargyrique, car la quantité de métal absorbé par la peau a dû être bien minime puisque deux onctions simples et non des frictions ont été faites avec une quantité de pommade qui n'a pas dépassé 8 grammes en deux jours.

Le malade qui fait le sujet de l'observation était un homme robuste âgé de 22 ans ; il avait eu un chancre syphilitique au mois de mai, le traitement n'est commencé qu'en juillet. Le premier jour, le malade fait simplement une onction avec 4 grammes d'onguent mercuriel sur la face antérieure du bras gauche et au niveau du pli du coude ; le second jour, la même quantité de pommade est étendue au niveau du creux poplité gauche. Dans la soirée du second jour du traitement, prurit généralisé, déglutition pénible, sueurs, fièvre et apparition de taches rouges sur le corps. Le lendemain, prostration considérable, température 39°,4, déglutition impossible, gen-

cives et langue tuméfiées, plaque diphthéroïde sur l'amygdale, adénopathie; sur le corps éruption rubéoliforme, sur le tronc et les jambes, scarlatiniforme au niveau des régions qui ont subi la friction mercurielle. Même état le jour suivant, température 39°,8, le matin, 40°, le soir ; la fausse membrane qui a été enlevée la veille s'est reproduite. Trois jours après la température est normale, l'angine guérie, l'éruption scarlatiniforme persiste et s'accompagne de desquamation en larges lamelles, l'éruption rubéoliforme a disparu.

Le traitement hydrargyrique est repris huit jours après le début de l'éruption qui est encore visible au niveau des points en contact avec la pommade. M. Burlureaux fait faire suivant sa méthode des injections sous-cutanées avec l'huile sublimée (un gramme de sublimé pour cinq grammes d'éther auxquels on ajoute 2,500 gr. d'huile stérilisée). On commence par injecter 5 gr. de cette huile ainsi préparée, au bout de cinq jours on arrive à injecter 25 gr. d'huile. A l'inverse des frictions, ces injections ne furent suivies d'aucun accident ; elles furent continuées pendant vingt-huit jours, le malade prit par la peau 620 gr. d'huile mercurielle, soit environ un centigramme par jour de sublimé. L. Perrin.

Favus. — V. Mibelli. Sul fungo del favo (*Riforma medica*, 27 mars 1891, p. 817).

Du même. Ancora sul fungo del favo (*Riforma medica*, 9 avril 1891, p. 37).

I. — Dans ce travail, antérieur à la publication complète des recherches de Pick et de Kral, Mibelli rend compte des expériences faites avec des fragments enlevés à 3 sujets atteints de favus.

Le matériel de culture, recueilli à la partie centrale des godets, au moyen d'un couteau stérilisé, et trituré dans une petite quantité d'eau distillée stérilisée de façon à avoir un liquide épais et trouble d'un jaune sale, a été inoculé sur différents milieux de culture et a toujours donné lieu au développement d'un seul et unique champignon, que ce matériel ait été emprunté à des lésions du cuir chevelu ou de la peau glabre, à des godets anciens ou à des godets récents. Sur les plaques d'agar à la température de 35°, il se forme déjà au bout de 24 heures quelques colonies qui, le 2e jour, sont nombreuses et bien visibles à l'œil nu, formant des petits points blancs semi-transparents pouvant atteindre, par leur développement ultérieur, jusqu'à 3 à 4 millimètres de diamètre, offrant à leur partie centrale une saillie un peu plus prononcée.

Sur les tubes d'agar, à 35°, il se montre en 48 heures, quelquefois même en 24 heures, des flocons blanc grisâtre et de petites saillies hémisphériques qui font à peine saillie à la surface de la gélatine et s'enfoncent à quelques millimètres.

Sur la gélatine à 10 0/0 légèrement alcaline et peptonisée, les colonies forment une sorte de petit bouton épais jaunâtre, autour duquel la gélatine se ramollit et se déprime. Le développement est extraordinairement lent, et on ne peut y obtenir de colonies ayant plus de 1 à 2 millimètres de diamètre. La gélatine ne change pas de couleur.

Sur le sérum sanguin, le développement se fait beaucoup plus rapidement que sur l'agar et, en 2 ou 3 jours, il se produit des colonies de 7 à 8 millimètres de diamètre, de coloration blanche, épaisses à leur partie centrale.

Sur la pomme de terre, les colonies ne sont visibles qu'au bout de 4 ou 5 jours et se montrent sous la forme de petites saillies d'un blanc jaunâtre, très adhérentes, qui s'accroissent lentement pour former en 10 à 15 jours de minces couches blanc jaunâtre, irrégulières, de 4 à 5 millimètres de diamètre.

Le champignon examiné au microscope présente des caractères un peu différents suivant la période de son développement et le milieu sur lequel il s'est développé, d'une façon générale, on peut y distinguer : 1° des filaments radiculaires sinueux, courts et gros, articulés à courts intervalles ; 2° des filaments terminaux, longs, moins gros, divisés à longs intervalles par des cloisons tranversales ; 3° des filaments sporifères de forme variable. Dans les périodes initiales de son développement, et en partilier sur la pomme de terre, la partie mycélienne présente la plus grande analogie avec celle du champignon observé dans les croûtes faviques : les tubes sont courts, granuleux, vides, contournés et ramifiés, divisés à courts intervalles par des cloisons transversales, ont souvent de belles gemmations latérales et se terminent par une extrémité simplement arrondie ou hémisphérique ou claviforme. Dans les champignons en voie de développement et spécialement à la périphérie des colonies sur l'agar et sur le sérum sanguin, il se forme des filaments terminaux, présentant l'aspect de longs tubes droits, à contenu granuleux ou vides, séparés à longs intervalles par des segmentations transversales : ils ont quelques ramifications latérales à angle aigu et souvent se terminent par 3 ou 4 petits rameaux terminaux dont l'aspect rappelle l'inflorescence d'une ombellifère. Lorsque la végétation est plus avancée et dans les parties plus centrales des colonies, les filaments radiculaires sont plus gros et plus larges avec des segments plus courts et se ramifient de la façon la plus étrange ; souvent des segments de filaments soutiennent à leur extrémité un gonflement globuleux sporangiforme d'un diamètre 3 ou 4 fois plus considérable, à double contour, réfringent, à contenu plus ou moins grossièrement granuleux. Dans les cultures datant de 15 ou 20 jours et plus, les formes sphériques deviennent très nombreuses. A cette période du développement sur l'agar, et plus tôt sur le sérum sanguin, le mycélium prend les formes les plus bizarres ; au milieu de tubes longs et droits à ramifications latérales simples, et à extrémité terminée en fourchette, on en voit quelques-uns courts et gras, également ramifiés, formés de nombreux segments irréguliers placés bout à bout ; souvent un de ces segments, plus court que les autres, prend une forme globuleuse, ou sphérique et devient 3 ou 4 fois plus gros que les autres ; il se forme ainsi des chaînes constituées par des segments cylindriques et des segments globuleux ou sphériques plus gros alternant ou entremêlés. Sur la pomme de terre, il se produit dès les premiers jours du développement un certain nombre de dilatations sporangiformes, de dimensions très variables mais toujours relativement très grosses et de forme principale-

ment sphérique. Dans toutes ses formes, le champignon présente à un fort grossissement une coloration jaune pâle.

L'inoculation d'une de ces cultures sur la peau d'un homme de 33 ans a amené le développement de lésions présentant les caractères du stade prodromique ou herpétique du favus du corps et renfermant un champignon semblable à celui obtenu par la culture.

II. — Ce deuxième travail est postérieur à la publication de celui de Frank (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1891, nº 6). Mibelli n'admet pas les conclusions de Frank qui décrit trois formes différentes de champignon du favus. Il pense que les différences assignées par Frank à ces trois formes ne sont pas suffisantes pour les séparer les unes des autres. Dans le cours de ses recherches personnelles, il a observé, en se servant toujours de champignons provenant de la même source, des différences aussi considérables en se servant de milieux de culture différents. Il suffit, pour que les cultures offrent des aspects dissemblables, que le milieu de culture soit plus ou moins sec ou disposé en couches plus ou moins épaisses, que la température soit plus ou moins élevée. De même les caractères microscopiques du champignon varient suivant les milieux de culture et l'ancienneté des cultures.

Aussi Mibelli conclut-il, comme de ses premières recherches, que l'agent pathogène du favus est constitué par une seule espèce de champignon, lequel produit aussi bien le favus herpétique que le favus vulgaire et que, très probablement, les divers aspects cliniques (favus herpétique, favus vulgaire et tous leurs intermédiaires) dépendent de différences dans l'origine et dans la période de développement du champignon qui les produit, de même que ces différences sont la cause des aspects macroscopiques et microscopiques différents du champignon cultivé artificiellement.

GEORGES THIBIERGE.

Favus. — A. ROSSI. La tigna favosa della faccia (*La Riforma medica*, 13 octobre 1891, p. 87).

Enfant de 7 ans, portant sur la région zygomatique droite une lésion croûteuse qui avait atteint en 2 jours la largeur d'une pièce de 2 centimes. Au premier abord, la croûte jaune verdâtre, dure, sèche, épaisse et irrégulière à sa surface présente l'aspect de l'eczéma pustuleux ; mais vu son unicité, sa dureté et sa sécheresse ce diagnostic paraît peu probable et un examen attentif fait reconnaître à sa partie externe de très petites saillies discoïdes un peu déprimées à leur centre et ayant l'aspect de godets faviques. A l'examen histologique, on constate la présence de l'achorion Schönleinii. Pas d'autres lésions semblables sur toute la surface du corps. Après la chute de la croûte produite par l'application d'un cataplasme, apparition, sur le bord de la tache rouge laissée par cette croûte, d'une série de vésicules à contenu opalin, du volume d'un grain de chènevis.

L'auteur relève dans cette observation le développement de vésicules constituant la phase herpétique du favus bien connue depuis la description de Köbner. Il fait remarquer la présence de lésions inflammatoires, caractérisées par la rougeur sous-jacente aux croûtes, inflammation dont les

conditions pathogéniques sont mal connues, l'achorion habitant uniquement les couches superficielles du derme. Il pense que, dans ce cas, l'insertion de l'achorion s'est faite à la faveur d'une légère solution de continuité que les parents de l'enfant avaient remarquée quelques semaines auparavant, et à ce sujet il faut observer combien la contagiosité du favus est limitée et combien sont nombreux les obstacles qu'il éprouve à rester à la surface de la peau chez les sujets propres et à pénétrer dans ses orifices pour déterminer les lésions caractéristiques.

GEORGES THIBIERGE.

Favus. — MALCOLM MORRIS. An extensive case of favus (*The Brit. journ. of Derm*, avril 1891, p. 101).

L'auteur rapporte une observation de favus très étendu, recouvrant tout le cuir chevelu, une grande partie du dos, et ayant atteint aussi les ongles. Les lésions du cuir chevelu actuellement glabre, datent de 14 ans ; celles du dos ont paru il y a 2 mois à peine et se sont rapidement étendues. Leur extension a semblé coïncider avec une poussée aiguë de tuberculose pulmonaire. L'auteur rappelle la rareté de ces faits en Angleterre, et insiste particulièrement sur la rareté du favus unguéal dont il n'avait jamais encore vu d'exemple à sa clinique. Pendant le cours de l'année 1890, on n'a observé que 13 cas de favus dans les divers services de dermatologie de Londres. Le Dr Malcolm Morris remarque que dans le cas présent, le favus malgré sa longue durée et son extension ne s'est point communiqué aux sœurs de la malade, avec laquelle elles vivaient depuis longtemps en communauté.

LOUIS WICKHAM.

Purpura. — TH. SPIÉTSCHKA. Ueber einen Blutbefund bei Purpura hæmorrhagica (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis* 1891, p. 265).

L'étude comparée du sang dans le torrent circulatoire que l'auteur à faite dans différentes maladies telles que la syphilis, le pemphigus, le scorbut, le purpura hémorrhagique lui a permis de découvrir un fait qui paraît spécial à cette dernière affection; malheureusement il ne s'agit que de deux cas. Le phénomène ne s'est pas retrouvé dans les autres maladies.

Dans le sang circulant de l'homme, tel qu'on l'obtient à la pulpe du doigt, on ne trouve presque jamais de corpuscules rouges du sang contenant des noyaux. Dans les deux cas de purpura hémorrhagique observés par l'auteur on en rencontrait toujours un très grand nombre même après des hémorrhagies abondantes. Or une longue série d'hémorrhagies sous la peau, qui souvent avaient une extension considérable et étaient encore augmentées par la présence du sang dans l'urine, devait amener une diminution du nombre des corpuscules rouges du sang et de l'hémoglobine. Mais corpuscules et hémoglobine, comme le montrent les tracés de l'auteur, revenaient de nouveau très rapidement à leur proportion antérieure. Dans le second cas il n'y avait pas d'oscillations appréciables pouvant être

mises sur le compte des hémorrhagies. Dans les deux cas il s'est produit une très rapide régénération des corpuscules rouges du sang et de l'hémoglobine.

D'après les recherches de Löwit, Müller, etc., on sait que les corpuscules rouges à l'état jeune contiennent également des noyaux et que leur multiplication se fait par voie de la division indirecte, c'est-à-dire de la karyokynèse et que ce n'est que plus tard que le noyau disparaît. Il paraît donc probable que l'apparition de noyaux dans les corpuscules rouges du sang en circulation est en rapport avec la régénération du sang : il s'agirait alors de corpuscules du sang rouges, jeunes, qui ne sont pas arrivés à maturité, dit l'auteur, et ont été lancés trop tôt dans le torrent circulatoire.

Mais l'hypothèse qu'ils seraient une altération pathologique des corpuscules rouges du sang ou des produits de décomposition de ces corpuscules qui proviendraient des modifications pathologiques du sang lui-même et seraient aussi la cause de l'altération des parois capillaires, et par suite des hémorrhagies, paraît invraisemblable. En effet, une semblable modification du sang qui amènerait les hémorrhagies devrait survenir soit avant soit certainement en même temps et non pas seulement, quand il y a déjà eu une série d'hémorrhagies, et qu'une régénération des éléments figurés du sang a eu lieu.

De toutes manières ce fait est assez intéressant pour exciter de nouvelles recherches précises concernant des maladies aussi importantes et encore si obscures dans leur nature, que le purpura hémorrhagique.

A. Doyon.

Purpura.—A. Rossi. La porpora cancerigna (Purpura cancéreux). Contribuzione anatomo-patologica allo studio delle emorragie sintomatiche della pelle (*Gazzetta degli ospitali*, 19 juillet 1891, p. 530).

A l'autopsie d'un homme de 50 ans mort d'un cancer viscéral, qui avait présenté trois jours avant sa mort des taches purpuriques sur tout le corps et principalement du côté de l'extension des membres, l'auteur a constaté l'absence absolue d'extravasation de globules rouges et de dépôts sanguins granuleux en dehors des vaisseaux. Les lésions des diverses couches cutanées étaient nulles ou peu considérables ; les cellules adipeuses du tissu sous-cutané avaient disparu, les gros troncs nerveux sous-cutanés étaient très apparents, les lésions des parois artérielles consistaient uniquement en une hypertrophie et une tuméfaction des éléments de l'endartère ; les couches dermiques et surtout la couche papillaire renfermaient un petit nombre de petites cellules lymphatiques contenant un noyau unique et volumineux fortement coloré et une petite quantité de protoplasma homogène et difficile à voir. La recherche des cristaux de chlorhydrate d'hématine par le procédé de Teichmann fut infructueux, mais cela peut s'expliquer par les manipulations qu'avait nécessitées le durcissement des pièces.

Ces constatations prouvent que le purpura des cancéreux n'est pas une hémorrhagie véritable, mais simplement une hémoglobinémie (hématinorrhagie) ; le passage des leucocytes et de l'hémoglobine hors des vaisseaux

est rendu possible par une altération des parois vasculaires résultant à la fois de la dénutrition des tissus en général chez les cancéreux et de la même cause virulente qui détermine l'hémoglobinémie, cause virulente et vivante qui constitue la raison première et principale de la carcinose ou en représente un effet ou la transformation.

GEORGES THIBIERGE.

Lupus vulgaire érythématoïde. — H. LELOIR. Le lupus vulgaire érythématoïde (*Archives de physiologie*, avril 1891, p. 309).

Dans ce travail, Leloir complète sous certains rapports son mémoire sur la nature du lupus érythémateux, en décrivant la variété du lupus vulgaire qui peut simuler le lupus érythémateux.

Cette variété du lupus vulgaire occupe ordinairement la face, quelquefois le cou ou le tronc, jamais les membres; elle forme des placards plus ou moins grands, ordinairement unilatéraux, parfois symétriquement distribués sur le nez et les joues et présentant l'aspect classique en papillon de certains lupus érythémateux. A la loupe, la surface paraît comme marbrée par une sorte de quadrillage rouge, brunâtre, ou violacé, dans les mailles duquel on trouve de petits points blanchâtres ou jaunâtres. Par places, et surtout à la périphérie, la surface est desquamante et même recouverte de petites croûtelles lamelleuses d'aspect parfois un peu séborrhéique. Le placard est légèrement saillant, surtout à la périphérie. Son centre est plutôt déprimé. Malgré ces caractères qui la rapprochent du lupus érythémateux, on observe souvent dans cette variété, en tendant la peau au niveau de la zone d'extension, de petits points, de petits nodules miliaires jaunâtres, visibles surtout après qu'on a mouillé la peau avec de l'eau ou mieux avec de la glycérine ou de l'alcool. Ces nodules ont, lorsqu'on les pique avec le scarificateur ou qu'on essaye de les énucléer avec la curette, la mollesse gélatiniforme des lupomes; ils sont souvent très peu nombreux ou même peuvent faire défaut pendant un certain temps. En saisissant le placard entre les doigts, on constate que la lésion est le siège d'une infiltration profonde, indurée; cette induration peut avoir une consistance presque cartilagineuse.

La marche de la maladie est très lentement envahissante, centrifuge. Elle est très tenace, très difficile à guérir malgré son apparence bénigne et, sous ce rapport encore, rappelle le lupus érythémateux.

Elle est rare chez l'enfant et plus fréquente chez l'adulte et les personnes âgées.

Dans des cas exceptionnels, elle peut guérir spontanément par résorption interstitielle, laissant à sa suite des cicatrices déprimées. Ces placards ne s'ulcèrent jamais. La cicatrisation peut se faire à la périphérie du placard, ce qui ne se voit guère dans le lupus érythémateux, et au centre elle ne se fait pas sous forme de mouchetures comme dans celui-ci.

Lorsque le lupus érythématoïde envahit l'oreille, il lui donne un aspect bouffi avec infiltration souvent mollasse, qui ne s'observe pas dans le lupus érythémateux vrai. Il peut envahir le cuir chevelu, et cet envahis-

sement se fait surtout par la nuque. Il peut se compliquer d'adénopathies sous-maxillaires tuberculeuses. Il peut persister pendant des années ; dans certains cas, on voit survenir au bout d'un temps assez long des nodules lupeux envahissant tout ou partie du placard.

Le lupus érythématoïde peut s'observer sur la muqueuse buccale ; on y rencontre de petits nodules miliaires rougeâtres, présentant les caractères histologiques des lupomes.

Les inoculations faites dans la cavité péritonéale de cobayes avec des fragments de 4 cas de lupus érythématoïde de la peau et de 2 cas de lupus érythématoïde des muqueuses, ont donné des résultats positifs. Le tissu contenait des bacilles dans 3 cas sur 4 de lupus érythématoïde de la peau et dans 2 cas de lupus érythématoïde des muqueuses.

Les caractères histologiques tiennent à la fois de ceux du lupus érythémateux pur et de ceux du lupus vulgaire, et varient un peu suivant les cas. Il existe une infiltration de cellules embryonnaires, envahissant tantôt les régions superficielles du derme, tantôt son tiers supérieur et même sa totalité et envoyant même des prolongements le long des vaisseaux et des glandes jusque dans l'hypoderme. Les vaisseaux et les glandes présentent quelquefois les mêmes altérations que dans le lupus érythémateux. Les cellules géantes sont souvent très rares. Parfois, on rencontre des cellules embryonnaires d'inégale vitalité et des foyers d'infiltration hémorrhagique comme dans le lupus érythémateux.

Tels sont les caractères cliniques et anatomiques attribués par Leloir au lupus érythématoïde. Nous avions cru, au titre de ce mémoire, y trouver la démonstration péremptoire que le lupus érythématoïde n'avait rien de commun avec le lupus érythémateux. Tout au contraire, les caractères extérieurs, la morphologie, la distribution des lésions et l'âge des malades, sont des arguments assez importants pour rattacher au lupus érythémateux les faits — ou tout au moins une partie des faits — décrits par Leloir sous ce nom nouveau.

Quant aux caractères anatomiques, ils sont indubitablement, Leloir y insiste, ceux du lupus érythémateux associés à ceux du lupus vulgaire. Nous croyons qu'il était impossible de fournir une preuve plus importante d'autant plus importante qu'elle est donnée par un histologiste de haute valeur et par un adversaire de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux — des relations étroites du lupus érythématheux et du lupus vulgaire et de l'existence du lupus érythémato-tuberculeux tel que le comprend notre maître M. Ernest Besnier. A notre avis, les faits de Leloir sont bien près de trancher définitivement la question et de faire admettre que le lupus vulgaire peut se développer au sein de lésions de lupus érythémateux ce qui est admettre implicitement la nature tuberculeuse de ce dernier, soutenue par M. Ernest Besnier au nom de la clinique et malgré les dénégations des histologistes. GEORGES THIBIERGE.

Lupus, son hérédité. — A. OLLIVIER. Hérédité du lupus (Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de Verneuil t. III, 1891, p. 158).

Observation d'une fillette de 13 ans, atteinte de lupus vulgaire de la

joue gauche. Père bien portant, aucun antécédent tuberculeux de son côté. Mère morte à 36 ans de tuberculose pulmonaire ; une sœur présente des phénomènes suspects du côté du poumon et un lupus ulcéré de la joue gauche ; un frère atteint de carie costale et de lupus tuberculeux de la jambe, est mort de tuberculose pulmonaire et a laissé une fille qui est atteinte de lupus de l'oreille. Une sœur de l'enfant, âgée de 12 ans, tousse continuellement et offre des signes non équivoques de tuberculose ; une 2e sœur, plus jeune, s'est bien portée jusqu'ici.

En résumé, sur 6 personnes issues de la même origine, 5 sont manifestement tuberculeuses, 4 sont atteintes de lupus. GEORGES THIBIERGE.

Lupus. — BARLING. Lupus of Palate and Larynx. Midland medical Soc., 14 janv. 1891 (*The Brit. med. Journ.*, 7 fév. 1891).

M. Barling a présenté à la « Midland med. Society » un cas de lupus du palais et du larynx avec absence de lupus cutané chez une femme de vingt-cinq ans. Les lésions ont débuté il y a cinq ans par la muqueuse du pharynx et se sont peu à peu étendues aux parties voisines. Actuellement, la partie moyenne du pharynx et le voile du palais sont le siège de cicatrices. Mais il y a des ulcérations superficielles sur le tiers antérieur du palais. Les gencives, au niveau des incisives et des canines supérieures, sont rouges, gonflées, papillomateuses et par places légèrement ulcérées. L'extrémité libre de l'épiglotte est en partie détruite. Dans l'espace interaryténoïde, on constate une végétation de la muqueuse, épaisse et mal délimitée, mais non ulcérée. LOUIS WICHKAM.

Lupus (histologie). — P. G. UNNA. Ueber Plasmazellen, insbesondere beim Lupus (*Monatshefte f. prakt. Dermatotogie*, t. XII, p. 296).

Grâce aux travaux remarquables dont le lupus a été l'objet, notamment à de Friedländer et de Baumgarten, l'histologie de cette affection est l'une des mieux connues de toute la pathologie de la peau. On sait qu'à la place du tissu conjonctif fibrillaire, blanc, on rencontre d'abord des foyers secs, non vasculaires, purement cellulaires et par suite d'un aspect jaunâtre ; ces taches souvent punctiformes, couleur de sucre candi, de miel, de gelée de pomme trahissent pour le spécialiste même la plus légère récidive, le premier début du lupus, elles ne peuvent être confondues, avec aucune autre lésion élémentaire. On sait en outre qu'à l'intérieur de ces foyers il se forme des cellules épithélioïdes et des cellules géantes, et qu'à ces foyers typiques s'ajoutent presque régulièrement une prolifération épithéliale avec formation nouvelle de vaisseaux sanguins et d'un tissu fibrillaire, mais que, contrairement aux autres tubercules, le lupus ne présente pas de nécrose diffuse (Baumgarten).

On n'est pas encore fixé sur le rôle joué par les cellules migratrices dans ces processus, on s'est demandé si elles ne participaient pas à la formation des cellules épithélioïdes, des cellules géantes, ou du moins de celles plus petites à la zone périphérique. Baumgarten n'accorde aux leucocytes qu'un rôle secondaire dans le lupus.

Unna a trouvé une excellente méthode de coloration des substances protoplasmatiques et intercellulaires avec le bleu de méthyle et décoloration consécutive dans le créosol. Cette méthode convient spécialement aussi à faire voir les *Mastzellen* et les mitoses dans les tissus durcis dans l'alcool ; elle a permis à l'auteur de donner de nouveaux aperçus sur l'histologie du lupus.

La coloration du protoplasma fournit sur cette question une réponse concluante et elle éclaire l'origine des cellules épithélioïdes et des cellules géantes du lupus. Si l'on examine une nodosité lupique naissante, à peine visible à l'œil nu, on trouve en général immédiatement au-dessous de l'épiderme, un ou plusieurs foyers cellulaires arrondis ou une infiltration cellulaire plus diffuse, qui se détache nettement du tissu collagène et élastique, normalement vascularisé du pourtour, les deux tissus, collagène et élastique, ayant disparu dans le foyer. Dans les foyers plus petits, ces cellules sont très grosses et très foncées, de telle sorte que même à un faible grossissement elles font l'effet de *Mastzellen* ordinaires. A un plus fort grossissement elles sont nettement granuleuses, de forme presque cubique ou rhombique et très analogues aux *Mastzellen* en amas serrés de l'urticaire pigmentaire.

Mais on arrive facilement à se convaincre qu'il ne s'agit nullement de *Mastzellen*. Sur les préparations on distingue les cellules lupiques d'un bleu foncé et les *Mastzellen* ordinaires rouge cerise. Il n'y a pas de formes intermédiaires entre les cellules lupiques, granuleuses, albumineuses et les *Mastzellen*, granuleuses, mucineuses du même tissu. D'autre part on rencontre, en allant vers le tissu sain, toutes les formes de transition entre ces grandes cellules granuleuses et les cellules de tissu conjonctif renfermant une quantité anormale de protoplasma et finalement les cellules normales de tissu conjonctif.

Ce sont donc celles-ci qui se transforment en ces grandes cellules bleu foncé par accroissement et arrondissement du corps cellulaire, tandis que le noyau reste clair, vésiculeux et de même grosseur et présente avec ce mode de coloration, par rapport au protaplasma, une opposition de teinte analogue à celle du noyau des *Mastzellen* dans le mode ordinaire de représentation, seulement à un plus faible degré.

Mais si ces cellules n'ont qu'une ressemblance éloignée avec les *Mastzellen*, elles sont identiques aux cellules plasmatiques de Waldeyer.

Il est inutile d'insister sur les différences de structure qui existent entre les cellules plasmatiques et les véritables épithéliums. La coloration avec le bleu de méthyle et décoloration consécutive dans le créosol met bien en évidence leurs différences tinctoriales. Les cellules plasmatiques sont colorées en bleu pur comme toutes les cellules de tissu conjonctif ; les épithéliums montrent au contraire un léger degré de métachromasie, une pointe de violet bien apparente. Tandis que dans le tissu conjonctif certaines cellules, les *Mastzellen*, se transforment en cellules mucineuses, en glandes mucineuses élémentaires, l'épithélium superficiel paraît renfermer régulièrement dans toutes les cellules une certaine quantité de mucine à côté des substances albumineuses.

Les cellules plasmatiques sont la partie la plus importante de toute

nodosité lupique et elles jouent le même rôle dans les autres formes de la tuberculose cutanée. Leur production constitue la première phase du tubercule cutané et elle n'est accompagnée d'aucun autre phénomène que de la disparition du tissu collagène et élastique. Ce ne sont nullement de préférence les endothéliums vasculaires des capillaires qui se transforment en cellules plasmatiques; toutes les cellules de tissu conjonctif atteintes par l'irritation infectieuse subissent cette altération progressive. Nulle part on ne trouve une indication de la transformation, souvent admise autrefois, de cellules migratrices en cellules plasmatiques (cellules épithélioïdes).

Les cellules plasmatiques peuvent dégénérer directement en cellules centrales de la nodosité lupique, ou bien elles subissent auparavant un processus intense de prolifération. Les nids de cellules plasmatiques sont encore aujourd'hui regardés communément comme des foyers de cellules migratrices. Il est difficile de dire à quelle catégorie de dégénérescence appartient cette altération ; le protoplasma est seulement gonflé et devenu plus homogène. Il y a là une dégénérescence d'un genre particulier, analogue au « gonflement trouble » de Virchow et pouvant en être rapproché sous le nom de gonflement homogène. Elle se distingue nettement de la nécrose de coagulation de Weigert par la manière dont se comporte le noyau et par la survivance de la cellule.

Cette dégénérescence qu'Unna désigne sous le nom de dégénérescence homogénisante (homogeni si rende Degeneation) n'atteint que certains points des grandes cellules plasmatiques, les noyaux et leur voisinage restent intacts. S'il y a prolifération des noyaux, le corps cellulaire ne participe pas en général à la segmentation et il se produit de « *petites cellules géantes* ».

Les grandes cellules géantes consistent en une partie en voie de dégénérescence et une normale et même en voie de prolifération luxuriante; ces deux parties ne paraissent intimement soudées que par le gonflement de la première, ce sont des masses cellulaires en voie de dégénérescence. Les cellules dégénérées renfermant des fibres collagènes ou élastiques dégénérées, éventuellement des bacilles, forment un tout entouré par les cellules voisines proliférantes.

Histologiquement, la cicatrice provoquée par la guérison spontanée du lupus est un néoplasme *sui generis*, facile à distinguer des autres tumeurs de tissu conjonctif. La cicatrice lupique n'est pas, en effet, un tissu indifférent remplaçant le tissu lupique, elle est elle-même un tissu lupique d'une stabilité remarquable. Elle procède directement de la tumeur constituée par les cellules plasmatiques, la substance collagène de forme spéciale s'intercale entre les cellules plasmatiques qui s'aplatissent. (L'auteur laisse ici de côté la question de savoir si elle dérive des cellules plasmatiques ou si elle se développe simplement entre elles.)

En dehors des complications, on trouve donc, à la fin comme au début de l'histoire du lupus évoluant normalement, un tissu très stable, ici un tissu purement cellulaire, là un tissu fibro-cellulaire, tous deux, bien que n'ayant pas la structure du tubercule proprement dit, n'en étant pas moins lupiques, c'est-à-dire tuberculeux.

Les termes de granulome et de tissu de granulation ne sont pas applicables aux cellules plasmatiques du lupus. En outre, tous les granulomes ne se comportent pas de la même manière au point de vue des cellules plasmatiques. Dans la lèpre par exemple, elles ne se rencontrent pas comme dans le lupus ; par contre, on les retrouve d'une manière très caractérisée dans le rhinosclérome et cela comme cellules mères de formes spéciales de dégénérescence observées ici. Pour le même motif, les cellules plasmatiques ne peuvent être caractérisées comme tissu lupique, elles se rencontrent aussi dans d'autres processus. Enfin, on doit donner un nom particulier à leur apparition sous forme de tumeur dans le lupus, d'autant plus qu'on a pour les reconnaître une méthode de coloration peu compliquée; le plus simple lui paraît être d'employer les termes *plasmome du lupus, du rhinosclérome*. On se fera donc comprendre en disant : la tuberculine a une action chimique sur le plasmome tuberculeux et le fibrome tuberculeux ; sur ces deux parties du lupus et peut-être de tous les processus tuberculeux, elle exerce une action destructive et résorbante.

Des expériences que l'auteur a faites sur l'action de la tuberculine sur des fragments de peau carcinomateuse et lupeuse récemment excisés, lui ont démontré que cette substance possède deux propriétés essentiellement différentes se produisant isolément suivant son degré de concentration, une action homogénisante s'exerçant sur le noyau et sur le protoplasma, puis une action amenant des fissures dans la substance du noyau et une action de coagulation des substances protoplasmatiques avec séparation complète.

A. Doyon.

Lupus. Auto-inoculation. — P. G. Unna. Ueber Autotuberculinisation beim Lupus (*Berliner klin. Wochenschrift,* 1891, p. 609).

Les résultats du traitement de Koch montrent que, au point de vue thérapeutique, le lupus se distingue des autres tuberculoses, ainsi qu'on l'avait déjà constaté anatomiquement. Ce sont sur les éléments jeunes, hypertrophiques qu'agit la tuberculine ; les éléments tuberculeux anciens, les tubercules, ne sont pas atteints.

Les cellules de plasma subissent une prompte régression pendant le traitement de Koch, ainsi que le tissu fibreux développé sous l'influence du virus tuberculeux, et qu'il ne faut pas confondre avec la cicatrice lupique définitive.

Personne à l'avenir n'aura l'illusion de pouvoir guérir complètement un lupus avec la tuberculine, même à son début, mais, d'autre part, il faut tirer tout le parti possible de l'action favorable de cette substance sur le plasma et le fibrome lupiques, chaque fois que ces tissus auront atteint un grand développement.

Pour cela l'injection avec le liquide de Koch n'est pas nécessaire, car chaque lupique porte en lui-même un réservoir de tuberculine. Il suffit de rendre libre cette substance et de la faire passer dans la circulation. Si on y parvient, on verra survenir les mêmes phénomènes qu'après l'injection de Koch et on obtiendra la même action.

On sait que le lupus contient très peu de bacilles et qu'ils sont toujours

très loin des vaisseaux et solidement entourés d'une paroi cellulaire sèche.

De plus, les injections de Koch ont démontré que les bacilles du lupus ne sont pas mis en mouvement par une inflammation et une exsudation très prononcées.

On ne connaît actuellement, ni les éléments chimiques de la tuberculine, ni ses rapports avec la structure normale des bacilles tuberculeux. Il est très probable cependant que les éléments principaux de la tuberculine se trouvent soit dans le bacille vivant, soit dans le bacille en voie de dépérissement. Les recherches de l'auteur relativement à l'influence de la tuberculine sur les tissus survivants ont montré une grande analogie entre les modifications qui surviennent ici et celles du tissu tuberculeux, de telle sorte qu'il est permis de croire que ces dernières sont dues à l'action de ces mêmes éléments de la tuberculine et que par conséquent ceux-ci doivent se trouver ainsi dans le tissu péribacillaire.

Il serait donc possible, sans toucher aux bacilles encore vivants du lupus, d'amener dans la circulation des éléments importants de la tuberculine dont on provoquerait la résorption par des procédés physiques. Il faut laisser de côté les influences chimiques, tant qu'on ne connaîtra pas la composition chimique de la tuberculine.

L'auteur a donc cherché à agir par voie mécanique, par le massage qui a une action très efficace sur le tissu lupique mou, dépourvu de substance collagène. Mais on court le danger de rompre le revêtement épidermique, d'empêcher la résorption interne. Il faut donc renforcer artificiellement le revêtement fragile du lupus ; les emplâtres répondent à cette indication. On recouvre la région à masser avec ces emplâtres et l'on pratique le massage par-dessus, avec 2 ou 4 doigts en malaxant et en pétrissant les tissus ; ce revêtement imperméable empêche toute exsudation jusqu'au massage suivant. Unna pratique le massage chaque jour sur l'étendue d'une pièce d'un franc, pendant 1 à 3 minutes, au plus. Il se servait d'abord de l'emplâtre au zinc, surtout dans les cas où l'on tient à conserver l'épiderme. Mais le résultat est plus rapide si l'on a recours au massage avec l'emplâtre créosoté et salicylé. Il est vrai que la surface à masser est alors ulcérée, mais l'emplâtre remplace ici l'épiderme.

Avec cette méthode on obtient une résorption plus ou moins forte d'autres parties lupiques, suivant l'étendue de la partie soumise au massage. L'effet le plus faible consiste uniquement dans l'affaissement des taches lupiques éloignées, réaction dite négative. Un massage plus étendu, plus énergique a une action plus accusée, surtout sur les régions lupiques voisines qui présentent une rougeur distincte du bord, sans avoir été touchées elles-mêmes (réaction positive la plus faible).

Il est évident que l'action résorbante de la tuberculine introduite dans la circulation ne s'exerce pas seulement sur les régions éloignées, mais surtout sur la partie soumise au massage. Ici deux processus concourent au résultat favorable, la résorption produite par le massage, la tuberculinisation. Si l'on enlève l'emplâtre immédiatement après le massage on trouve la région rouge vif et œdémateuse ; la tuberculine résorbée provoque immédiatement les phénomènes que l'on observe d'ordinaire sur tous les

points lupiques 5 à 10 heures après l'injection, puis la partie s'affaisse très rapidement et le jour suivant elle est beaucoup plus aplatie qu'auparavant. Le massage n'est donc qu'un irritant ordinaire et l'œdème inflammatoire qu'il détermine n'est pas comparable à un érythème, tel qu'il résulterait de la chaleur, des badigeonnages iodés sur une plaque lupique. Une hyperhémie inflammatoire de ce genre ne disparaît pas rapidement et ne réduit pas immédiatement la lésion lupique. On est donc ici en présence d'un irritant spécifique, qui est le même que dans l'injection de tuberculine.

Sur 14 cas de lupus ainsi traités, l'auteur n'a pas observé d'autres phénomènes que la résorption anémique des points éloignés, la légère tuméfaction de ces plaques avec rougeur des bords et l'affaissement très rapide de celles soumises au massage. Jamais il n'y a eu de symptômes généraux, de fièvre, les proportions de tuberculine résorbée sont évidemment trop faibles. Une seule fois il a observé de la céphalalgie quelques heures après le massage. On peut donc procéder en une fois au massage de foyers lupiques beaucoup plus étendus.

Cette méthode ne saurait constituer un mode de traitement radical du lupus. Elle conduit seulement d'une façon certaine à la résorption rapide du plasma et du fibrome en masse, résultat que l'on peut d'ailleurs obtenir autrement; reste ensuite la partie la plus importante du traitement, la recherche et la destruction des foyers lupiques par les caustiques ou le microcautère.

Les scarifications agissent comme le massage, par autotuberculinisation. Elles déterminent une résorption rapide, en mettant la tuberculine en liberté.

A. Doyon.

VARIÉTÉS

On sait que le Dr Unna avait mis aux concours pour 1891 la question suivante :

« Topographie du tissu élastique dans la peau de l'adulte ».

Le prix a été attribué au travail de M. le Dr Zenhöfer. Ce mémoire sera publié dans les « *Dermatologischen Studien* » du Dr Unna. »

La question pour 1892 est :

« Disparition et régénération du tissu élastique de la peau dans différents états pathologiques. »

Le concours n'est pas limité. Les mémoires doivent être envoyés avant le commencement de décembre 1892 à la librairie de Léopold Voss, à Hambourg, Hohe Bleichen, 18.

Le prix est de 300 marks (375 francs). MM. les professeurs Klebs et Hoyer ont accepté d'être les juges du concours. Pour tous autres renseignements s'adresser à la librairie indiquée ci-dessus.

Le Gérant : G. Masson.

HAVRE. — IMPRIMERIE DU COMMERCE, 3, RUE DE LA BOURSE

TRAVAUX ORIGINAUX

DEUX OBSERVATIONS NOUVELLES POUR SERVIR A L'HISTOIRE CLINIQUE DU MYCOSIS FONGOIDE ET PARTICULIÈREMENT DE LA PÉRIODE PRÉMYCOSIQUE DE CETTE MALADIE (1).

Par M. **Ernest Besnier.**

Après avoir été considérés comme réellement rares, les cas de mycosis fongoïde sont, aujourd'hui, devenus d'une rareté seulement relative ; il ne se passe plus d'année que chacun de nous n'en possède un ou plusieurs exemples dans son service, ou dans sa pratique civile. Cela vient-il de ce que nous savons mieux reconnaître la maladie, ou bien de ce que sa réelle fréquence aurait augmenté, ou subirait des fluctuations en rapport avec des causes que nous ne pouvons pas comprendre aujourd'hui ? C'est là une question qui n'a pas été encore soulevée parmi nous, mais qui mérite d'être discutée.

Ce sont deux malades à la fois, atteints de mycosis fongoïde que je vous présente aujourd'hui, et qui constituent des formes et des variétés bien remarquables de cette atroce maladie.

I

La première malade est une femme de 59 ans, arrivée à la 4e année de la maladie, et qui présente, sur la face, des types curieux de tumeurs mycosiques, que vous voyez dans leur plein développement hivernal, mais qui subissent, au dire de la malade, une réduction presque complète pendant la période estivale. Les pièces que voici, exécutées par Baretta (Musée de l'hôpital St-Louis, *collect. génér.* n° 1665), et les photochromies exécutées par Méheux, et que je dépose au Musée, permettent de fixer nettement le détail des lésions qui existent, soit sur la face, soit sur le tronc. Aussi bien sur le visage que sur la région fessière, vous voyez que les tumeurs proprement dites fusionnent

(1) Communication à la *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.*

intimement avec les lésions dites lichénoïdes, et que les végétations et les mamelonnements secondaires émanent de plaques initialement eczématiformes, non seulement par leur superficialité, mais encore par leur caractère exsudatif, ou squamulaire.

Mais il ne paraît y avoir eu que ces deux éléments, plaques lichénoïdes diffuses, plaques eczématoïdes figurées, puis mamelonnement et tumeurs, mais nulle érythrodermie partielle ou généralisée, aucune infiltration adénoïde à distance.

L'état général reste absolument bon. Ainsi donc, il s'agit, ici, d'une forme de mycosis fongoïde à allures jusqu'à présent bénignes, à marche lente, à prurit modéré, présentant, comme uniques éléments, des tumeurs diverses, molluscoïdes, épithélioïdes, tuberculeuses, et des plaques eczématoïdes et lichénoïdes.

Les tumeurs du visage sont de l'espèce de celles qui sont autorésolutives, disparaissant ou s'affaissant pendant l'hiver, puis naissant, à nouveau, au voisinage des anciennes, au retour de l'hiver suivant, action saisonnière que nous allons retrouver chez notre second malade, bien qu'elle manque, ou qu'elle soit inverse, dans d'autres observations.

J'ai résumé, dans la note suivante, les faits principaux de l'histoire de cette malade.

Observation I. — *Mycosis fongoïde multiforme (tumeurs molluscoïdes, épithéliomatoïdes ; plaques de dermite eczématoïde ou lichénoïde, diffuses, figurées, simples ou végétantes, tuberculeuses, mamelonnées). Lésions subissant une évolution rétrograde pendant l'été, et une poussée active pendant l'hiver. Absence d'érythrodermie. Début des lésions du tronc seulement à la quatrième année, la maladie ayant jusque-là existé seulement sur le visage. Bénignité conservée jusqu'à ce moment.*

Femme de 59 ans, ci-devant couturière, entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert, n° 16, le 16 février 1892, service de M. Ernest Besnier. M. Sabouraud, interne.

La malade est d'apparence moyenne, et ne paraît pas plus que son âge ; elle n'a ni antécédents héréditaires ou personnels spéciaux, ni dans ses collatéraux, ou dans le pays qu'elle habite (département de l'Aisne), aucun cas d'affection semblable à la sienne. Elle aurait eu douze enfants ; sept seraient vivants et valides ; cinq auraient succombé en bas âge.

Voici la série chronologique des lésions passées ou présentes telles que la malade la rapporte :

En juillet de l'année 1888, angine phlegmoneuse avec émission copieuse de pus, après incision.

En octobre de la même année, première manifestation cutanée au niveau du front, sous forme d'une éruption prurigineuse, et au même mois de l'année suivante (1889) apparition, sur le même point, un peu plus à droite, de deux tumeurs grosses comme une noix, la peau restant intacte à la sur-

face. Au printemps de l'année suivante (1890), ces deux tumeurs s'affaissèrent, et devinrent ce qu'elles sont actuellement, et ce qu'elles seraient restées depuis.

Au mois d'octobre de cette même année 1890, à la base du nez, à droite, il se développa une « petite bosse, comme une loupe » ; elle atteignit, à peu près, le volume de celle qui existe aujourd'hui, puis s'affaissa au printemps de l'année 1891 ; sa place n'est plus marquée, aujourd'hui, que par une surface eczématoïde.

Enfin, au mois d'octobre de l'année suivante, 1891, il se forma, à gauche du nez, une surface eczématoïde prurigineuse, que la malade grattait et excoriait, et sur laquelle s'éleva une petite masse d'abord de la dimension d'un pois, et qui atteignit ensuite assez rapidement le volume qu'elle a aujourd'hui, d'un œuf de poule environ. C'est au même moment que sont nées les tumeurs accessoires des paupières. Puis, un peu plus tard, au mois de décembre 1891, apparaissent pour la première fois, ailleurs qu'au visage, les plaques eczématoïdes et les tumeurs qui existent aujourd'hui sur différents points du corps.

Voici le sommaire des lésions par régions :

1° *Face.* — Agglomérées sur le front, les paupières, le nez, ces altérations se composent, *sur le front*, de plaques de dermite eczématoïde ou lichénoïdes, érodées ou squamulaires selon que les surfaces restent exposées, ou, au contraire, soumises à un pansement humide quelconque qui, généralement, est irritant pour elles, et contre lequel la malade proteste habituellement ; dans ce dernier cas, elles apparaissent, en même temps, *un peu villeuses* particulièrement aux régions temporales et à la lisière du cuir chevelu.

En se rapprochant de la région frontale proprement dite, la surface de la peau se mamelonne de saillies aplaties, de diamètres variables, ayant généralement un centre excorié plus profondément que les autres points ; la rangée la plus marquée de ces mamelons suit la ligne des sourcils, et se termine par une tumeur de la grosseur d'une amande, exulcérée à son centre.

Chacune des deux *paupières* est occupée par une tumeur aplatie et irrégulièrement ovalaire, en amande, enchâssée, et recouverte d'un derme en apparence sain, faiblement pédiculée, mobile avec les paupières. La gauche est abaissée et le champ visuel oblitéré par la tumeur qui en dépend, mais on peut, en la soulevant, constater que l'appareil oculaire proprement dit est entièrement sain.

La tumeur de la queue du sourcil droit et celles des paupières sont du même type ; elles sont serties par le derme sain ; la partie ulcérée occupant à peine le tiers de la surface ; elle est à peu près circulaire, peu suppurante et finement bourgeonnante ; les bords n'en sont pas décollés ; la néoplasie est en quelque sorte enkystée dans le derme sain, qu'elle a soulevé et distendu.

Sur le *nez*, existe la tumeur maîtresse, occupant les deux tiers de s surface, les trois quarts de son côté latéral gauche, du volume d'un œuf de poule, forment un vaste plateau élevé de plus d'un centimètre, et d'une surface de quatre centimètres sur cinq. La peau, indemne sur sa base, la

recouvre intégralement jusqu'au bord du plateau où commence la dénudation, constituant une exulcération plate, à peu près sèche, saignant facilement, assez dure au toucher, n'exhalant aucune odeur fétide.

Comme les autres, cette tumeur est dermique, épigénétique, ne détruisant pas le chorion, et n'ayant pas d'adhérence avec les couches profondes, ni avec le squelette.

Au-dessous de la face, les altérations reparaissent sur le col, dans les régions sous-maxillaires, où il y a des lésions de grattage, de l'épaississement du derme, des plaques lichénoïdes, mais pas de tumeurs proprement dites.

Sur le thorax et dans le dos, rien. Mais, depuis deux mois, sont apparues pour la première fois des lésions à la fesse gauche, au-dessous du pli de l'aine à gauche, au niveau des dernières côtes du même côté, la dernière enfin au-dessous de l'aine droite. En ces différents points, on retrouve la série complète de l'évolution, depuis la dermite eczématoïde ou lichénoïde prémycosique jusqu'aux tumeurs constituées.

Sur le reste du corps, quatre tumeurs semblables sont survenues dans les deux derniers mois et dans l'ordre suivant : une à la fesse gauche, une au-dessous du pli de l'aine à gauche, une à gauche du tronc sur les dernières côtes, la dernière au-dessous de l'aine droite.

A la fesse gauche la tumeur occupe une surface grande comme une pièce de 5 francs environ et fait une saillie lobée légèrement et d'un 1/2 centimètre à un centimètre de hauteur.

Sa consistance est celle du caoutchouc, elle est immobile dans le tégument et mobile avec lui. A son pourtour et dans un espace plus large que la main, les mêmes lésions prurigineuses, et excoriations de grattage et dermite sous-jacentes se retrouvent comme au cou.

Aux deux aines, la même apparence exactement, mais lésions plus avancées à gauche qu'à droite.

La lésion ressemble à un médaillon oblong dirigé suivant l'axe du pli de l'aine. Le pourtour est légèrement surélevé et bosselé, et aussi un peu excorié par le grattage. Le centre est formé de 3 masses lobulées comme des noyaux de cerises, incluses dans la peau. L'aspect total est d'un brun violâtre, plus violet au centre qu'au bord.

Par conséquent chacune semble avoir débuté par une lésion eczématiforme sur laquelle les lésions mycosiques confirmées se développent ultérieurement. Enfin la plaque du tronc est large de 4 centimètres sur 3, plate, la peau y est seulement un peu épaissie. Elle est craquelée, recouverte d'une squame, presque sèche et semble plus eczématiforme. Sur elle et à son pourtour, existe le même prurit, bien que les lésions de grattage y soient moins nettes.

II

Voici le second malade. Celui-ci est arrivé à la cinquième année de la maladie, et les altérations cutanées sont universelles, d'une intensité et d'une étendue extraordinaires, bien que la période végétante ne date chez lui que de cinq mois.

Cette rapidité extrême du processus ascendant de la tumeur mycosique est un de ses meilleurs signes ; elle n'a pas été assez remarquée, bien que Bazin l'ait nettement précisé, et que nous l'ayions nous-même, soulignée dans les notes de la 1re édition des Leçons de Kaposi, en 1880. Après une période prémycosique ambiguë d'une durée de près de cinq années, pendant lesquelles les lésions cutanées ont conservé une allure *larvée*, le bourgeonnement a commencé subitement, sans cause connue, au mois d'octobre de l'année 1891. Et, en même temps que cette prolifération de tumeurs cohérentes, confluentes, qui déforment si épouvantablement le pauvre patient, est survenue une érythrodermie généralisée avec épaississement considérable du derme, véritable érythrolymphodermatite, dont la couleur mate, la desquamation vraiment spéciale, la consistance et l'aspect général sont tout à fait caractéristiques.

Dans l'état actuel, la polymorphie de la dermatose est extrême ; indépendamment de la variété des tumeurs, depuis le nodus molluscoïde simple à peine exulcéré dans son centre, jusqu'aux vastes fongus ulcéreux végétants, complètement dénudés ; indépendamment de l'érythrodermatite, on retrouve partout un processus exsudatif, suintant, eczématoïde ; et, dans plusieurs points, il faut avulser les croûtes d'une surface eczématoïde ou impétiginoïde, pour retrouver, au-dessous d'elles, le derme élevé, mamelonné et végétant.

Si le malade n'était pas incessamment nettoyé par les pansements, les pulvérisations, vous ne verriez à découvert presque aucun élément et, en moins de quarante-huit heures, tout cela serait englouti sous une carapace de croûtes noir verdâtre, d'une épouvantable fétidité, que nous avons pu, trop aisément, constater au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

Sur tous les points du corps, même là où il n'y a pas de lésion apparente, cette exsudativité eczématique fétide se reproduit. Voyez aux mains où la face dorsale est à peu près intacte, la face palmaire en état de kératolyse scarlatiniforme, les espaces interdigitaux suintants et croûteux. Et ne croyez pas qu'il s'agisse ici de lésions accessoires d'auto-inoculation staphylococcique ; non, ces lésions se produisent là depuis *plusieurs années*, et elles ont été constatées chez le malade plus ds trois ans avant que la période de tumeurs suintantes n'ait commencé ; voyez enfin cette remarquable intégrité des ongles, restés sains malgré cette extraordinaire dermatite.

Lorsque j'ai présenté ici même, il y a trois ans (voy. *Réunions clin. de l'hôpital Saint-Louis pendant l'année scolaire* 1888-1889, Paris, 1889, p. 138) un malade atteint à peu près exclusivement de cette érythrodermatite, et rattaché la lymphodermie pernicieuse de Kaposi au mycosis fongoïde, j'ai rencontré plus d'un incrédule. Si quelqu'un pouvait conserver quelques doutes, le présent malade

suffirait à les faire cesser, car il montre, au plus haut degré, réunis, les deux éléments morbides que l'on peut voir dissociés sur d'autres sujets, ou réunis en des combinaisons dont on ne saurait encore fixer tous les types, tant leur nombre est grand.

Mais, le point sur lequel je désire surtout attirer votre attention, c'est la durée, chez ce malade, de la période prémycosique et le caractère ambigu des manifestations cutanées qui lui sont propres.

Cette période prémycosique presque constamment méconnue a été notée par Alibert et mise en évidence très nette par Bazin. J'en ai donné, moi-même, une formule précise dans les notes de la 1re édition française des Leçons de Kaposi en 1881, t. II., p. 114 et suiv.

Assurément, chacun de nous sait que cette période existe, mais, j'ai le droit de dire en me comprenant dans la collectivité, que nous ne la connaissons pas assez, et que la plupart des méprises que nous commettons encore aujourd'hui, à cet égard proviennent de cette lacune. Aussi, me paraît-il nécessaire de formuler la proposition suivante : dans tous les cas de dermatose prurigineuse ambiguë, se prolongeant avec quelque tenue, rebelle aux moyens de traitement ordinaires, qu'elle revête la forme d'une érythrodermie vague, d'un psoriasis, d'un eczéma squameux, diffus, discoïde ou circiné, d'une urticaire rebelle, d'un prurigo lichénoïde, etc., pour ne parler que des formes que j'ai observées, il faut agiter la question de la possibilité d'un mycosis fongoïde à la période prémycosique. Le dermatologiste qui se souviendra, au moment opportun, de ma proposition, évitera plus d'une erreur et plus d'un mécompte.

Le malade que je mets sous vos yeux vient à l'appui de cette proposition. En 1889, le 22 janvier, il est entré à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Vidal, salle Devergie, 31, et notre savant collègue le présenta à la *Réunion clinique* du jeudi 24 janvier. Voici la reproduction textuelle de sa communication telle que la donne le Compte rendu, p. 59.

« M. Vidal fait voir un malade âgé de 40 ans, chez lequel l'affection cutanée existe depuis deux ans. Le diagnostic est difficile.

« Il y a deux ans, ont apparu sur les membres inférieurs de petits éléments papuleux et prurigineux qui, en se réunissant, ont donné lieu à de véritables plaques surélevées, rougeâtres, de plusieurs centimètres d'étendue. Au bout de plusieurs mois, le centre de ces plaques a pâli ; il est ainsi resté une lésion circinée à la surface de laquelle on constate une desquamation pityriasique fortement adhérente.

Sur d'autres points, à la partie supérieure et latérale du thorax, par exemple, on constate de petites papules rougeâtres lichénoïdes. Il s'est aussi formé des plaques. Elles se sont guéries vers le centre qui est devenu blanc alors que la périphérie prenait une coloration brunâtre.

Aux membres inférieurs, on constate, au niveau des plaques, une véritable infiltration cutanée.

De quoi s'agit-il ? Dans le lichen plan, on voit se faire des plaques semblables qui évoluent de la même façon, et cependant on ne peut pas poser ici le diagnostic de lichen plan. Au début, on peut constater des éléments qui ressemblent à ceux du lichen obtusus, mais qui sont beaucoup plus étendus.

Il s'agit évidemment d'un lichen dont les caractères sont mal dessinés, mais qu'on doit rapprocher du lichen ruber et du lichen plan. »

Voici maintenant les détails complets de l'éruption tels qu'ils ont été notés par notre cher collègue et ami M. Wickham, alors interne de M. Vidal, et dont nous avons eu communication grâce à l'extrême obligeance de M. Vidal.

« L'éruption, qui est la première que le malade ait eue, a débuté, il y a deux ans (1887), par les membres inférieurs vers le haut des cuisses, et a été accompagnée dès ce moment de vives démangeaisons. Depuis, elle a gagné le tronc, le cou et les membres supérieurs, en offrant presque partout le type qu'elle présente actuellement ; du moins d'après l'affirmation du malade.

Selon lui, il a eu des intermittences d'augmentation et de diminution sans cessation complète. Toujours les périodes d'acuité ont été accompagnées des plus vives démangeaisons, entraînant parfois l'insomnie. D'après le malade, dans toute l'évolution jusqu'à ce jour, le mal a présenté les mêmes caractères, il n'y a eu que peu à peu et à chaque nouvelle poussée aiguë plus de confluence et un plus grand nombre d'éléments.

État actuel. — Sièges des éléments éruptifs par ordre d'abondance.

Cuisse partie supérieure (abondance). Pourtour des genoux. Jarrets. Rien (au-dessous). Partie antérieure de l'abdomen. Bras. Pourtour des aisselles. Tiers supérieur des avant-bras. Rien au-dessous. Cou.

Rien à la face, ni au cuir chevelu. Rien à la muqueuse buccale.

Dans leur siège, les lésions affectent une certaine symétrie.

Considérés dans leur ensemble, les éléments éruptifs s'offrent principalement sous trois aspects objectifs différents, on les voit sous forme :

1° *De petites papules.*

2° *De grosses papules* géantes étalées, plates, formant parfois des plaques.

3° *D'anneaux.*

Disons de suite qu'à côté de ces trois variétés il y a un grand nombre d'éléments qui forment transition; nous en reparlerons.

1° *Petites papules.* — Ces éléments sont légèrement saillants, de dimensions variables (dimension moyenne : grains de chènevis à lentille). Il y en a de plus petits et de plus gros, quelques-uns ne sont guère vus qu'à la loupe et se confondent en certains points avec des petits carrés compris dans le quadrillage de la peau. Ces plus petits éléments, très peu nombreux, ont une surface plane et légèrement brillante, ressemblant aux petites papules (*shining*) du lichen ruber plan. Mais les papules plus gros-

ses donnent moins cette impression, bien qu'il y en ait beaucoup de plates à leur sommet qui est peu élevé et brillant ; de forme quadrilatère : la plupart sont acuminées, saillantes en pointes, arrondies, rouges, leur sommet étant arrondi et fréquemment le siège d'une légère excoriation ou d'une croûte hémorrhagique. Le malade se gratte fréquemment et excorie, il fait saigner les papules. Ces papules sont parfois isolées, parfois réunies en groupe, comme par exemple à la partie supéro-interne des cuisses. Là elles se rapprochent des plaques de lichen simplex chronique, plaques formées des papules plus ou moins carrées, confluentes, séparées par des lignes parallèles et perpendiculaires les unes aux autres. Les limites de plaques sont mal définies.

Toutes ces papules sont sèches et quelques-unes présentent à leur extrémité de légères squames blanchâtres que le grattage met en évidence.

2° *Grosses papules plates, géantes, étalées.* — Quelques éléments peu nombreux ont un caractère très particulier : Ce sont des papules surélevées de 2 à 3 millimètres, larges de 5 à 7 et 8 millimètres ; aplaties à leur sommet, polies, sans squames. Quelques-unes sont légèrement déprimées à leur centre. Leur coloration varie du rouge bleuâtre au rouge brun, mais le centre est fréquemment décoloré. Il semble même que la décoloration est en rapport avec le plus ou moins de dépression centrale.

Quelques-uns de ces éléments en voie de disparition paraissent laisser une légère pigmentation. Ces éléments sont voisins de ceux décrits par Unna dans le type du lichen ruber obtusus.

La démangeaison est moins vive au niveau de ces éléments.

3° *Éléments annulaires.* — Peu nombreux, mais très particuliers. Ce sont des anneaux de dimensions variables, les plus grands ayant jusqu'à 3 ou 4 centimètres de diamètre. Les uns sont réguliers, annulaires ; d'autres sont ovales ; d'autres éléments forment une circination. L'aire de ces anneaux n'est pas formée de peau normale, elle est légèrement jaunâtre, comme ayant été le siège de lésions actuellement en voie de disparition.

Par place, l'aire est légèrement pigmentée. Pas de cicatrices, pas de squames, pas de papules. Quelquefois aux plus petits anneaux, il semble que le centre est légèrement déprimé par rapport à la surface cutanée voisine. Le cercle annulaire est surélevé de 1 à 2 millimètres, peu dur, rose jaunâtre, parfois peu visible, et la pression du doigt qui sent parfaitement la saillie fait disparaître presque complètement la coloration. Le cercle surélevé paraît formé de la réunion de petites papules ; le sommet en est parfois plat et brillant, le plus souvent arrondi.

Ces éléments annulaires sont secs, non squameux, et peu prurigineux ; quelques-uns sont presque décolorés et disparus.

Rapports de ces trois variétés d'éléments. — Quelques-unes des papules, type I que nous avons décrites semblent s'élargir par leurs bords pour former les plus grosses papules, type II. Parfois ces dernières semblent plutôt formées de la réunion de plusieurs papules.

Des éléments de transition permettent de se rendre compte de ces dispositions. Quelques-uns des éléments papuleux larges aplatis s'élargissent par leurs bords pendant que le centre se déprime de plus en plus. L'aire déprimée augmente d'autant et, tandis que quelques-uns de ces

éléments disparaissent sur place, d'autres semblent être le mode de constitution des éléments annulaires.

État général bon. Démangeaisons continuelles plus ou moins vives.

Traitement : Emplâtre huile foie de morue et, sur les points où l'enveloppement est difficile, glycérolé tartrique.

Exeat le 2 février.

Le malade revient le 5 février et reste jusqu'au 11 mai. Même état des lésions jusque vers fin mars, avec moins de prurit. Les grosses papules diminuent, les anneaux sont rebelles.

11 mai 1889. Exeat. »

Au mois de juin de la même année 1889, le malade revint à l'hôpital, présentant, sur différents points du corps, et notamment aux mains, des lésions suppuratives, ecthymateuses, etc., considérées comme artificielles et en rapport avec sa profession d'ouvrier en cuir. Les lésions observées le long des doigts sont notées comme étant « dysidrosiques ou eczématiques ».

L'été était venu, et les lésions cutanées « lichénoïdes » s'étaient atténuées sans avoir disparu ; le prurit était modéré et il n'y avait pas de traces de grattage.

Les grosses papules avaient disparu, laissant à leur place quelque pigmentation. Les plaques restantes avaient leur siège à la partie supéro-interne des cuisses ; mal limitées et colorées par places, ou violacées. La peau à leur niveau était épaissie. A la périphérie des placards, les éléments étaient très rapprochés, et M. Wickham relevait des striations parallèles et perpendiculaires, qui divisaient la plaque totale en éléments carrés ou polygonaux.

Il est inutile de faire ressortir tout l'intérêt de cette communication, pour l'histoire à refaire des variétés morphologiques des éruptions prémycosiques, et pour confirmer la proposition clinique que j'ai formulée tout à l'heure.

Je ferai seulement remarquer que, à part les lésions interdigitales d'apparence banale, *on ne retrouve aucune trace* des lésions si heureusement décrites par M. Wickham deux années et demi auparavant. Voyez, par exemple, la partie supérieure et interne des cuisses, où les éléments éruptifs et l'infiltration dermique lichénoïde existaient, au maximum, en 1889, on en cherche en vain le moindre vestige. Il n'y avait, à cette époque, rien à la face, ni au cuir chevelu, sur lesquels les altérations mycosiques sont aujourd'hui confluentes. Les régions axillaires et périaxillaires, seules, paraissent n'avoir jamais cessé d'être altérées.

Voici maintenant l'exposé de l'état actuel du malade d'après les notes de M. Sabouraud :

Observation II. — *Mycosis fongoïde multiforme (tumeurs typiques de toutes les formes et à tous les degrés, molluscoïdes avec centre ulcéré en macarons, isolées et cohérentes en masses mamelonnées ; vastes tumeurs fongueuses en plateau excavé en caverne, plaques eczématoïdes fongueuses, etc.; érythrodermatite généralisée), arrivé à la quatrième année de son développement. Trois années et demie de période prémycosique ; marche suraiguë de la première poussée mycosique proprement dite, laquelle a évolué en cinq mois, ainsi que l'érythrodermatite.*

Homme de 42 ans, cordonnier, entré le 19 février 1892, salle Devergie, nº 27, service de M. Ernest Besnier, M. Sabouraud, interne.

Le malade ne présente aucun antécédent héréditaire ou collatéral digne de remarque; ses parents sont morts à un âge très avancé. Il n'a jamais eu qu'une sœur qui est bien portante. Ni dans sa famille, ni autour de lui le malade n'a vu ou connu de maladies présentant une affection analogue, à la sienne.

Il est resté parfaitement bien portant jusqu'à l'âge de 38 ans.

A ce moment, dans les derniers mois de 1888, il fut pris sans cause connue d'un prurit généralisé intense ayant débuté au mollet gauche, et dans cette première période de sa maladie étant resté surtout marqué aux membres inférieurs. Sous l'influence du grattage se développèrent des lésions eczématiformes, au pli du jarret en particulier.

Du mollet les lésions s'étendirent aux cuisses, puis elles apparurent à la saignée des bras, enfin sur le dos, et à la partie antérieure du thorax.

(Voyez plus haut la communication de M. Vidal à la Réunion clinique du jeudi et les notes de M. Wickham.)

Les lésions diminuèrent progressivement dans la belle saison, pour reparaître au mois d'octobre suivant (1890). Cette fois les lésions reparurent aux mains « sous l'influence du froid », dit le malade, et s'étendirent comme la première fois.

Depuis ce temps, les démangeaisons ont été presque continuelles, marquées surtout l'hiver, avec des rémissions durant l'été, et les lésions purigineuses presque exclusivement hivernales.

Jusqu'à la fin de l'automne dernier (1891) aucune tumeur n'avait paru.

Au mois d'octobre dernier (1891), et de nouveau à l'apparition des premiers froids, dit le malade, le prurit s'exaspéra et il parut presque en même temps, dans les différents points où elles existent aujourd'hui, de petites tumeurs très nombreuses et dont plusieurs s'ulcérèrent rapidement :

Actuellement le malade présente trois ordres de lésions distinctes :

1° Une érythrodermie généralisée.

2° Des tumeurs ganglionnaires non ulcérées.

3° Des tumeurs tégumentaires, les unes ulcérées les autres, non.

Erythrodermie. — Le malade ne s'en était pas encore aperçu, ce qui tend à faire croire son apparition récente.

Elle est généralisée et, sur toute la surface du corps, il existe à peine quelques îlots de réserve. On en trouve surtout entre les deux épaules ; ils sont irréguliers.

Partout ailleurs la peau est d'un rose violâtre, elle est le siège d'une desquamation furfuracée, visible partout, peu marquée aux membres inférieurs, très évidente sur les membres supérieurs et sur le tronc, principalement aux épaules.

Dans les endroits où la peau est la plus fine, comme aux mamelons, cette desquamation se fait par croutelles, qui ne s'éliminent pas et finissent par former un enduit jaunâtre craquelé, d'aspect séborrhéïque.

Pareils faits se produisent aux plis naturels, à l'ombilic, au pli inguinal droit.

Le tégument est infiltré, et ses plis épais ; la peau garde l'empreinte de la pression digitale.

Les tumeurs ganglionnaires sont surtout marquées aux aines, mais elles existent aussi aux aisselles.

Aux aines, les paquets ganglionnaires forment sous la peau des saillies bosselées, volumineuses remarquables surtout dans la station debout, et visibles à distance. Ces saillies dessinent nettement les groupes ganglionnaires de la région. Et au-dessous des groupes inguinaux proprement dits, se distingue à l'angle inférieur du triangle de Scarpa, le groupe de l'abouchement de la saphène. Ces tumeurs sont indolores, ou du moins peu douloureuses, leur relief est arrondi, elles n'adhèrent pas à la peau qui reste mobile à leur surface, et ne présente en ces points aucune altération particulière.

Les ganglions profonds de l'aiselle sont difficiles à palper à cause de la présence en ce point des tumeurs du tégument. Les ganglions superficiels forment sur la paroi thoracique des bosselures plus petites que celles des aines mais très appréciables, même à la vue.

Les ganglions épitrochléens sont de même très augmentés de volume.

La rate paraît augmentée de volume à la percussion bien qu'on ne puisse la délimiter à la palpation, laquelle n'est d'ailleurs pas douloureuse.

L'examen du sang a montré un chiffre de globules rouges très peu inférieur à la normale : 4,300,000 au millimètre cube. Il n'y a pas de leucocytose. Et les globules blancs gardent par rapport aux globules rouges leur proportion relative.

Les tumeurs du tégument ont respecté le torse et les membres inférieurs. Elles existent sur les bras, limitées aux plis de flexion ; et à la tête et au col où elles atteignent leur maximum de confluence.

Celles des bras se présentent à trois périodes ou stades différents. Un stade où la tumeur existe sans ulcération, un stade d'ulcération, un stade où l'ulcération devient végétante.

Au pli du coude à gauche et dans l'aisselle des deux côtés existent des tumeurs non ulcérées. Elles ont la grosseur d'une noix et quand elles se touchent elles présentent des facettes de pression réciproque. Entre elles, dans le pli qui les sépare existe un suintement fétide.

Quand elles s'exulcèrent, comme au pli du coude à droite, elles présentent des croûtes impétigineuses, dont le rudiment existe déjà à l'ombilic et aux mamelons.

Quand on les soulève, elles laissent voir une surface exulcérée d'apparence fongueuse.

Mais cette ulcération n'occupe jamais que le centre de la tumeur, dont le pourtour fait un relief très appréciable autour de chaque ulcération.

Enfin arrive le dernier stade, dont les deux aisselles offrent un type.

Les bords de la tumeur sont verticaux ou même évasés, déjetés en dehors, et la surface de l'ulcération forme un plateau. Les bords verticaux de la tumeur sont recouverts par le tégument et non ulcérés. L'ulcération occupe le plateau seul. Celui-ci est d'abord plan. Mais bientôt son centre se nécrose et est occupé par un magma putrilagineux et jaune, qui s'élimine.

Cette élimination, seulement commencée pour la tumeur de l'aisselle gauche, est faite pour la tumeur semblable de droite. La cavité anfractueuse, ainsi produite, est allongée dans le sens du pli articulaire et limitée à son pourtour par le rebord saillant de l'ulcération.

A la tête, l'envahissement est total. Le long du cou, sous le menton, les tumeurs à peine exulcérées et suintantes forment entre elles des plis irréguliers.

Sur le côté droit du cou à sa base, existe une tumeur oblongue, typique, qui ne présente qu'en son centre l'exulcération déjà notée plus haut. La surface des végétations peu saillantes qui l'occupent est cerclée par le tégument adhérent qui recouvre la tumeur. Comme partout ailleurs, le tégument qui entoure l'ulcération n'est pas décollé, mais au contraire aminci et adhérent.

Sur la nuque, les tumeurs forment une agglomération, et les contours de chacune cessent d'être perceptibles. L'ensemble forme comme une cuirasse, où les plis normaux ont disparu et qui maintient la tête immobile.

Le cuir chevelu est envahi dans sa totalité, mais ici les tumeurs sont distinctes. Presque toutes d'égale grosseur, grosses comme une petite noix, elles soulèvent également le cuir chevelu, laissant entre elles des sillons, ou s'accumule le produit séborrhéique de leur exsudation. En arrière, elles ne sont pas ulcérées. Sur le vertex et près du front, leur centre commence à l'être, au contraire. Si les produits de leur sécrétion ne sont pas continuellement enlevés, ils forment un enduit visqueux qui se concrète parmi les cheveux et rappelle au premier abord l'aspect d'une séborrhée huileuse.

Quant à la face, elle est caractéristique, la teinte du visage participe de l'érythrodermie générale avec sa desquamation furfuracée. Un double ectropion laisse voir la conjonctive des paupières inférieures, car de nombreuses tumeurs soulevant la peau du menton et du pourtour de la bouche la rétractent vers le bas.

L'épaisseur sans rides de la peau du front, l'aspect pleurard des yeux toujours ouverts, l'absence des plis normaux de la face, et l'élargissement de sa base par l'envahissement des tumeurs, tout contribue à rendre cette tête aussi caractéristique de la maladie, que le léontiasis de la lèpre. »

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA SYPHILIDE MACULEUSE

PLUS SPÉCIALEMENT CHEZ LES INDIGÈNES

DISPENSAIRE MUNICIPAL D'ALGER

Par MM. **Rey**, chirurgien traitant et **Chalançon**, interne du service.

Signalée et décrite pour la première fois par Hardy, en 1853, la syphilide pigmentaire a donné lieu, depuis lors, à des travaux assez nombreux.

Pillon, en 1855, dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1857, dans sa thèse inaugurale, nous la démontre telle qu'elle est dans sa période d'état.

Depuis lors, le professeur Fournier, dans son remarquable traité sur la syphilis chez la femme, en a donné une description magistrale.

Parmi les thèses inaugurales, nous citerons celle de Maireau (1884) et celle de Romalo (1885), publiées sous les auspices de ce savant maître. Cette lésion a été observée, non seulement en France, mais encore à l'étranger, surtout en Angleterre (1), en Allemagne (2) et en Amérique (3).

Mais, pour les races méridionales, à part Tanturi et Andronico, qui ont observé à Naples, aucun autre travail n'a été publié sur cette dermatose spécifique en Italie et en Espagne. De notre côté de la Méditerannée, on n'a pas encore, que nous sachions, commencé de travaux sur ce sujet.

C'est pour combler cette lacune que nous croyons devoir faire connaître les résultats de notre pratique, consignés avec soin dans notre service du Dispensaire communal d'Alger, établissement affecté à l'hospitalisation des filles publiques.

La syphilide maculeuse existe-t-elle chez les Mauresques ? La trouve-t-on même chez les indigènes à pigmentation très prononcée ou seulement chez celles dont la peau fine et blanche rappelle le type Européen, car on sait que la teinte cutanée varie à l'infini, depuis le blanc laiteux jusqu'au brun le plus sombre, suivant qu'on se trouve en présence de sujets vivant dans l'ombre des cités ou de femmes

(1) Hancock, Creswell, Pirrochi, Drysdale, Taylor, etc.
(2) Neumann, Neisser, Michelson, Schwimmer, Ernst.
(3) Atkinson.

journellement exposées aux ardeurs d'un climat brûlant et d'une vive lumière.

Accessoirement nous essaierons de donner de nouveaux arguments relativement à la caractéristique de la lésion. Il est en effet connu que les auteurs qui ont écrit sur ce sujet se partagent en deux camps: d'un côté, pour ne parler que des Français, Hardy, Pillon et Maireau « considèrent ces taches comme de véritables éphélides produites par la matière pigmentaire, irrégulièrement déposée dans les régions où l'affection cutanée existe, cette matière étant trop abondante dans les taches grises et présentant une diminution dans les taches blanches. »

Pour Fournier au contraire, ces taches prétendues décolorées, vitiligineuses ne sont que les téguments normaux, qu'une simple illusion d'optique rend plus pâles et fait croire dépigmentés.

A. — Indigènes

Ire Obs. — *Syphilide maculeuse au début et pendant son évolution.*

Aboucaya, israélite, âgée de 21 ans, née à Alger, nullipare, se livrant à la prostitution depuis 3 ans environ. Cheveux noirs, peau brune. Elle a fait 5 séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 19 novembre 1890 au 23 avril 1891. — 1° *Un chancre induré à la fourchette.* 2° Plaques muqueuses à la vulve et à la bouche. 3° Roséole ortiée (Fournier). 4° Adénopathie inguinale gauche.

2e séjour, du 6 mai 1891 au 2 juin 1891. — 1° Plaques muqueuses érosives à la vulve. 2° Plaques muqueuses érosives à la bouche. 3° *Syphilide maculeuse du cou* (réticulaire).

3e séjour, du 12 juin 1891 au 6 août 1891. — 1° Chancres mous à l'anus. 2° *Syphilide maculeuse* du cou (réticulaire).

4e séjour, du 21 septembre 1891 au 17 octobre 1891. — 1° Plaques muqueuses ulcéreuses: *a*) petite lèvre gauche, *b*) voute palatine. 2° *Syphilide maculeuse réticulaire.*

5e séjour, du 21 octobre 1891 (en traitement). — 1° Plaques muqueuses ulcéreuses à la fourchette. 2° *Syphilide maculeuse.* Les trainées pigmentaires s'élargissent et ont de la tendance à se fondre en une nappe uniforme.

Le sujet de la présente observation est de constitution moyenne. Elle offre les attributs d'un *lymphatisme* marqué : pannicule adipeux sous-cutané très développé, chairs molles, flasques, pendantes, comme infiltrées de lymphe ; lèvres épaisses, renversées en-dehors ; la peau est blanchâtre, peu dense. Ces divers caractères ne sont pas rares chez les indigènes juifs de l'Algérie. En particulier le tissu conjonctif, distendu par la lymphe chez les jeunes, par la graisse chez les vieux, atteint chez quelques sujets un développement absolument inusité.

Le début du chancre induré remonte vraisemblablement, d'après les commémoratifs, au commencement du mois de février. Nous n'en avons personnellement constaté l'existence qu'au mois d'avril; mais, interrogée

sur le début de ce chancre, la fille Aboucaya nous a dit qu'il avait deux mois de date. La présence concomitante d'une roséole ortiée permet d'accepter comme vraisemblable l'époque indiquée par Aboucaya comme étant celle de l'apparition de l'accident primitif.

Description de la syphilide maculeuse, apparue du 23 avril au 6 mai, dans l'intervalle de deux hospitalisations.

Comme siège, nous la notons à la nuque et sur la face postérieure du thorax, où elle atteint à peu près une horizontale passant par l'angle inférieur des omoplates. De là elle s'étend sur les épaules, les faces latérales et antérieure du cou.

Comme couleur, l'hyperchromie se rapproche de la teinte café au lait, mais d'un café au lait mal lié.

Comme configuration du réseau, on note une grande irrégularité des mailles. Celles-ci, en arrière, sur la nuque, sont constituées par des linéaments grêles circonscrivant de grands espaces arrondis de peau saine.

La dimension de ces espaces varie de celle d'une pièce de 2 francs à celle d'une pièce de 5 francs. Si on assimile ces espaces à des pièces de monnaie, on voit qu'en certains points l'aspect est analogue à celui qui résulterait de deux pièces contiguës, chevauchant plus ou moins l'une sur l'autre.

Sur les côtés du cou, au contraire, les espaces de peau saine sont de dimensions beaucoup plus minimes. Par contre, les marbrures hyperchromiées qui les séparent les unes des autres sont plus larges et foncées.

Aujourd'hui, 30 octobre 1891, les traînées pigmentaires s'élargissent en empiétant sur les espaces de peau normale et ont de la tendance à se fondre en une nappe uniforme.

IIe Obs. — Aïcha bent Saïd ben Sliman, âgée de 19 ans, née à Beni-Moussa, à Alger depuis 2 ans, se livrant à la prostitution depuis 2 ans environ, ayant eu un enfant (décédé).

Aïcha a les cheveux très noirs, la peau blanche, fine. Elle est de taille un peu au-dessous de la moyenne, de formes grêles, mais bien proportionnées. Elle n'est ni tuberculeuse, ni paludique et semble posséder une bonne constitution. Les traits sont réguliers ; les lèvres, minces, n'ont pas l'aspect transparent de celles des sujets lymphatiques.

Elle a fait quatre séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 22 avril 1890 au 1er mai 1890. — 1° Végétations à la vulve et dans le vagin. 2° Chancres mous dans les caroncules à gauche.

2e séjour, du 28 mai 1890 au 5 juin 1890. — Polypes de l'urèthre.

3e séjour, du 5 janvier 1891 au 4 avril 1891. — 1° *Chancre syphilitique du méat.* 2° Adénopathie inguinale. 3° Plaques muqueuses buccales.

4e séjour, du 21 avril 1891 au 20 mai 1891. — 1° Ulcération légère du

col. 2° Plaques muqueuses linguales. 3° *Syphilide maculeuse du cou, du tronc et de la racine des membres.*

La peau présente dans certaines régions une hyperchromie manifeste. La face postérieure du tronc et du cou, la nuque et les lombes plus particulièrement, offrent cette hyperchromie à son maximum d'intensité ; de là elle s'étend symétriquement à droite et à gauche sur les faces latérales et antérieure en se dégradant progressivement. Le cou et le thorax sont complètement entourés et sur leur face antérieure la lésion est encore très visible, tandis qu'elle est presque nulle sur la face correspondante de l'abdomen. Les membres inférieurs sont à peu près indemnes, excepté leur racine qui est légèrement envahie. Quant aux membres supérieurs, ils sont plus largement atteints ; de l'épaule le processus, recouvrant la région deltoïdienne, descend jusqu'au tiers inférieur du bras en se fondant insensiblement avec la teinte normale.

Cette hyperchromie, exagération de la coloration réelle, n'est pas étendue en une couche uniforme, mais elle figure un réseau.

Dans ce réseau nous pouvons considérer les mailles qui le constituent et les portions de peau saine inscrites dans ces mailles, c'est-à-dire le contenant et le contenu.

A. *Mailles du réseau.* — Elles présentent une coloration et une largeur qui augmentent de la ligne médiane antérieure à la ligne postérieure médiane ; l'aspect plus foncé du réseau sur la face postérieure du cou et du tronc tient à ce double fait. Ces mailles, si on les examine avec attention, laissent voir un fin semis de petits points blanchâtres, non atteints par l'invasion hyperchromique. Ces points siègent à la base des poils.

B. *Portion de peau saine circonscrites par les mailles du réseau hyperchromique.* — A l'inverse de la largeur des mailles du réseau, ces portions de peau saine vont en diminuant d'étendue en allant de la face antérieure du corps à sa face postérieure.

Il y a, en effet, une relation entre la largeur des mailles et l'étendue des portions de peau saines circonscrites par elles. Les premières gagnent en dimension en empiétant sur les secondes et celles-ci, dans les points où l'hyperchromie atteint un grand développement, peuvent disparaître complètement, les mailles arrivant à se toucher.

Ces portions de peau saine ne sont pas séparées des mailles par une frontière bien nette, mais elles se fondent insensiblement les unes dans les autres. A côté de ces portions de peau paraissant, par un phénomène de contraste, moins colorées qu'elles ne le sont en réalité, il convient de signaler l'existence de petites taches véritablement achromes dont les bords sont nettement distincts de la zone d'hyperchromie périphérique et qui sont, ainsi que nous le confirme Aïcha,

les vestiges, les cicatrices d'une éruption variolique antérieure déjà ancienne.

De tous les cas observés, celui-ci est de beaucoup le plus typique. Nous avons même cru devoir en établir la reproduction optique. Notre obligeant ami, M. Jaïs, a bien voulu se charger d'en tirer quelques épreuves photographiques.

Celles qu'il nous a données sont parfaitement démonstratives.

Si l'on fait placer Aïcha à une douzaine de mètres, l'opposition des teintes du réseau hyperchromique et des portions de peau saine incluses dans ces mailles est encore très visible et justifie pleinement l'épithète de pommelée appliquée par Maireau à certaines formes de syphilides pigmentaires.

IIIe Obs. — Aïcha bent Sliman ben Saad, âgée de 20 ans, née en Kabylie (Tizi Ouzou), à Alger depuis 8 mois, divorcée, nullipare, sous la surveillance de la police des mœurs depuis une quinzaine de jours.

Cette femme paraît jouir d'une assez bonne constitution. Elle n'est ni tuberculeuse, ni paludique. Les cheveux sont très noirs, mais la peau est blanche, épaisse, lâche, gonflée de lymphe, molle et flasque.

Elle a fait deux séjours au Dispensaire,

1er séjour, du 27 novembre 1890 au 18 décembre 1890. — 1° Plaques muqueuses à la face interne des joues et à la langue. 2° *Syphilide maculeuse du cou et du tronc.*

2e séjour, du 19 mai 1891 au 11 juin 1891. — 1° Chancres mous à la fourchette. 2° Plaques muqueuses de la lèvre inférieure. 3° *Syphilide maculeuse du cou et du tronc.*

Dans le cas actuel, il s'agit d'une syphilide pigmentaire occupant *le cou, le tronc et la racine des membres.* Cette étendue insolite, si l'on s'en tient aux descriptions des auteurs qui ont observé en France, ne nous a pas paru très rare en Algérie puisque actuellement il en existe deux autres cas dans le service du Dispensaire.

Voici ce que nous avons observé :

Le cou, le thorax, les lombes, la région sacrée, l'extrémité supérieure des membres sont le siège d'une hyperchromie évidente.

Cette hyperchromie est symétrique ; elle a son maximum d'intensité sur la face postérieure du tronc et à la nuque.

Elle s'étend, en se dégradant progressivement, sur les faces latérales et antérieure du cou. Elle est encore bien appréciable sur la face antérieure de ce dernier et du thorax, mais elle disparaît presque entièrement sur la face antérieure de l'abdomen. Les racines des membres en présentent quelques légères traces. Elle n'est point étendue en une nappe uniforme, mais elle figure un réseau à mailles irrégulières. Les espaces de peau normale, circonscrits par les mailles du réseau, sont variables comme étendue. Le plus grand

nombre a la dimension d'une pièce de 0,20 cent. à celle d'une pièce de 0,50 cent.

Il en est d'un peu plus grands et d'autres plus petits. Ces espaces plus ou moins arrondis n'ont pas de limites bien nettes ; ils se fondent par degrés dans la zone d'hyperchromie périphérique. On serait tout d'abord porté à croire qu'ils sont moins colorés que la peau normale ; mais il est facile de voir qu'il n'en est rien en masquant momentanément (suivant l'indication de Fournier) la zone d'hyperchromie périphérique par une feuille de papier dont la teinte se rapproche de celle de la peau normale et dans laquelle on a ménagé un orifice du diamètre de l'espace examiné. L'illusion est tout simplement le fait d'un phénomène de contraste. Ces espaces sont séparés les uns des autres par des mailles d'hyperchromie d'étendue très variable.

Les mailles du réseau sont d'une teinte brun grisâtre ; sur le fond brun, il y a un pointillé moins coloré, siégeant à la base des poils.

Comme aspect général, les régions atteintes paraissent plus foncées, avec des maculatures blanchâtres.

IV[e] Obs. — Fathoum bent Amar, âgée de 20 ans, née à Zazgha (Kabylie), ayant eu un enfant (décédé), sous la surveillance de la police des mœurs depuis 2 ans. Cheveux noirs, peau brun clair. *Lymphatique.*

Elle a fait trois séjours au Dispensaire.

1[er] séjour, du 9 avril 1890 au 29 avril 1890. — Chancre mou à la fourchette.

2[e] séjour, du 8 juillet 1890 au 18 décembre 1890. — 1° Chancres mous à l'anus. 2° Bubon supuré à gauche. 3° *Syph. maculeuse du cou et du tronc* (*apparue au commencement de décembre*) (*forme réticulaire*).

3[e] séjour, du 28 juillet 1891 au 27 octobre 1891. — 1° Chancre mou de la vulve, en voie de guérison. 2° Catarrhe utérin très léger. 3° Staphylôme cornéen considérable, empêchant l'occlusion des paupières. (Ablation de l'œil, par le procédé de Tillaux, le 8 août). 4° *Syphilide maculeuse du cou et du tronc*, en voie de régression.

V[e] Obs. — Zhour bent Mohamed, âgée de 17 ans, née à Amraou, à Alger depuis 10 mois, divorcée, nullipare, se livrant à la prostitution depuis 10 mois environ. Cheveux brun foncé; peau blanche. *Lymphatique.* Ni tuberculeuse, ni paludique.

Elle a fait un séjour au Dispensaire du 25 novembre 1890 au 3 janvier 1891. — 1° Plaques muqueuses végétantes à la face int. des petites lèvres. 2° *Syphilide maculeuse du cou et du tronc.*

Chez cette femme la syphilide pigmentaire est très marquée *à la face postérieure du cou et du tronc*, sur les faces latérales desquels elle va en s'atténuant pour disparaître à peu près complètement sur leur face antérieure. Pendant le séjour de la malade au Dispensaire, la syphilide pigmentaire dont elle est atteinte tend à s'effacer d'une façon manifeste

VIe Obs. — Cherifa bent Ahmed, âgée de 20 ans, née à Beni-Kellil, à Alger depuis 6 mois, veuve, a eu deux enfants (morts). Elle se livre à la prostitution depuis 6 mois environ. Cheveux noirs. Peau brun pâle.

Elle a fait trois séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 14 août 1890 au 4 décembre 1890. — 1° Plaques muqueuses à la vulve. 2° Syphilide papulo-squameuse. 3° Écoulement muco-purulent de l'utérus.

2e séjour, du 30 décembre 1890 au 31 mars 1891. — 1° Blennorrhagie utérine. 2° Syphilide papulo-squameuse généralisée. 3° Chancres mous dans les caroncules à gauche.

3e séjour, du 1er juin 1891 au 25 juin 1891. — 1° Catarrhe muco-purulent utérin. 2° Syphilide papulo-squameuse aux membres inférieurs. 3° *Syph. maculeuse du tronc (peu marquée).*

VIIe Obs. — Fathma bent Abderrhaman, âgée de 24 ans, née à Beni-Kellil, veuve, ayant eu deux enfants (morts), sous la surveillance de la police des mœurs depuis 1 an 1/2 environ. Cheveux noirs. Peau brune. *Lymphatique.*

Elle a fait trois séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 8 novembre 1890 au 27 novembre 1890. — 1° *Chancre syphilitique entre la grande et la petite lèvre droites.* 2° Herpès circonvoisin.

2e séjour, du 27 janvier 1891 au 19 février 1891. — 1° Plaques muqueuses à la vulve, à l'anus, à la bouche. 2° Roséole.

3e séjour, du 2 juin 1891 au 18 juin 1891. — 1° Plaques muqueuses à la face interne de la grande lèvre droite. 2° Adénopathies inguinale et cervicale. 3° *Syphilide maculeuse, surtout marquée dans le dos.*

VIIIe Obs. — Aïcha bent Kellil, âgée de 26 ans, née à Alger, unipare (enfant mort), sous la surveillance de la police des mœurs depuis 2 ans environ.

Cheveux noirs ; peau brun clair.

Elle a fait trois séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 29 juillet 1890 au 20 août 1890. — 1° Catarrhe utérin. 2° *Syphilide maculeuse du cou.*

2e séjour, du 16 février 1891 au 3 mars 1891. — 1° Plaques muqueuses : *a*) à la vulve ; *b*) à la bouche. 2° Adénopathie inguinale. 3° Catarrhe utérin sans gonocoques. 4° *Syphilide maculeuse en voie de disparaître.*

3e séjour, du 25 mai 1891 au 11 juin 1891. — 1° Ecoulement purulent de l'utérus avec gonocoques. 2° Plaques muqueuses à la vulve et à la langue. 3° La *syphilide maculeuse* s'est considérablement atténuée et transformée. Il n'en reste comme trace qu'une teinte uniforme, gris brunâtre, donnant au cou l'aspect du « cou sale ».

IXe Obs. — Fathma bent Mohamed, âgée de 24 ans, née à Azeffoun, à Alger depuis un an, mariée, ayant eu deux enfants.

Cheveux châtains ; peau blanche.

Elle a fait un séjour au Dispensaire, du 15 avril 1890 au 28 mai 1890. — 1° Plaques muqueuses à la vulve. 2° Roséole en voie de disparaître. 3° *Syphilide maculeuse du cou au début.*

Xe Obs. — Kadoudja bent Hamoud, âgée de 25 ans, née à Alger, mariée, a eu un enfant (mort en naissant), il y a un an.

Peau brune; cheveux noirs.

Elle a fait deux séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 13 mars 1891 au 13 juin 1891. — 1° Chancre mou à la fourchette. 2° Blennorrhagie utérine. 3° Plaques muqueuses à la bouche. 4° Adénopathie inguinale. 5° *Syphilide maculeuse du cou.*

2e séjour, du 13 juillet 1891 au 1er septembre 1891. — 1° Vaginite. 2° Blennorrhagie utérine. 3° Plaques muqueuses à la vulve et à la bouche. 4° Adénopathies inguinale et cervicale. 5° *Syphilide maculeuse du cou.*

XIe Obs. — Tessadit bent Ahmed ben Ali, âgée de 17 ans, née à Tizi-Ouzou, à Alger depuis un mois, veuve, nullipare.

Cheveux châtains, peau blanche.

Elle a fait deux séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 30 décembre 1890 au 28 février 1891. — 1° Plaques muqueuses à la vulve et à la bouche. 2° Adénopathies inguinale et cervicale. 3° Syphilide papuleuse aux membres inférieurs.

2e séjour, du 5 mai 1891 au 28 mai 1891. — Plaques muqueuses à la vulve et à la bouche. 2° *Syphilide maculeuse du cou.*

XIIe Obs. — Tessadit bent Boudjema, âgée de 26 ans, née à Azazga (Kabylie). Cheveux noirs, peau brune. Elle a fait un séjour au Dispensaire du 25 août 1890 au 26 août 1890.

La vérole ne se manifestait chez cette femme, lors de notre examen, que par une *Syphilide maculeuse du cou.*

XIIIe Obs. — Zhora bent Ali ben Hassen, âgée de 29 ans, née à Beni-Kellil, à Alger depuis deux ans, sous la surveillance de la police des mœurs depuis 2 ans, veuve, nullipare.

Cheveux noirs; peau brun clair, fine.

Elle a fait six séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 29 avril 1891 au 29 mai 1891. — 1° Syphilide papuleuse de la face. 2° *Syphilide maculeuse du cou.*

2e séjour, du 5 août 1891 au 9 août 1891. — 1° Vaginite. 2° *Syphilide maculeuse du cou.*

3e séjour, du 14 octobre 1891 au 25 octobre 1891. — 1° Chancre mou face interne petite lèvre droite. 2° Plaques muqueuses au nez. 3° *Syphilide maculeuse du cou.*

4e séjour, du 4 novembre 1891 au 22 novembre 1891. — 1° Chancres mous : *a*) face interne petite lèvre droite; *b*) à la fourchette. 2° *Syphilide maculeuse du cou.*

5e séjour, du 24 mars 1891 au 7 avril 1891. — 1° Chancres mous dans les caroncules à droite. 2° *Syphilide maculeuse du cou.*

6e séjour, du 26 mai 1891 au 9 juin 1891. — 1° Syphilide ulcéreuse à la face interne des petites lèvres. 2° Croûtes nasales. 3° *Syphilide maculeuse du cou en voie de disparaître.*

XIVe Obs. — Yamina bent Lounès, âgée de 24 ans, née aux Issers,

à Alger depuis 3 ans, veuve, nullipare, sous la surveillance de la police des mœurs depuis 3 ans. Cheveux noirs, peau brune, foncée.

Elle a fait cinq séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 13 octobre 1891 au 28 octobre 1891. — Chancre à la face interne de la petite lèvre droite.

2e séjour, du 25 mars 1891 au 14 avril 1891. — 1° Chancre mou à la fourchette. 2° Syphilide papulo-squameuse généralisée. 3° *Syphilide maculeuse du cou.*

3e séjour, du 19 mai 1891 au 9 juin 1891. — 1° Syphilide ulcéreuse à la fourchette (inoculations négatives). 2° *Syphilide maculeuse du cou et du tronc* (photographie).

4e séjour, du 3 août 1891 au 11 août 1891. — 1° Plaques muqueuses ulcéreuses à la vulve. 2° *Syphilide maculeuse du cou et du tronc.*

5e séjour, du 14 septembre 1891 au 26 septembre 1891. — 1° Plaques muqueuses ulcéreuses de la fourchette et de la bouche. 2° *Syphilide maculeuse.* 3° Adénopathie inguinale.

XVe Obs. — Yamina bent Mohamed Derradji, âgée de 27 ans, née à Touargha, à Alger depuis 3 ans, mariée, a eu quatre enfants. Peau brun clair; cheveux châtains.

Elle a fait deux séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 7 octobre 1890 au 14 octobre 1890. — Ecoulement muco-purulent de l'utérus.

2e séjour, du 30 décembre 1890 au 10 janvier 1891. — 1° Plaques muqueuses à la vulve. 2° *Syphilide maculeuse légère.*

XVIe Obs. — Zhour bent Kaddour ben Afrid, âgée de 20 ans, née à la Bouzaréah. *Lymphatique.* Cheveux noirs; peau brune, fine.

Elle a fait quatre séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 1er avril 1890 au 8 avril 1890. — 1° Chancre mou face interne petite lèvre droite. 2° *Syphilide maculeuse du cou.*

2e séjour, du 1er juillet 1890 au 13 août 1890. — 1° Chancre mou à la fourchette. 2° Catarrhe utérin avec gonocoques. 3° *Syphilide maculeuse du cou.*

3e séjour, du 26 août 1890 au 4 septembre 1890. — 1° Végétations à la vulve. 2° Catarrhe utérin sans gonocoques. 3° *Syphilide maculeuse du cou.*

4e séjour, du 14 octobre 1890 au 4 avril 1891. — 1° Chancres mous multiples à la vulve. 2° Adénopathie inguinale suppurée du côté droit. 3° *Syphilide maculeuse du cou en voie de disparaître.*

Les adénopathies syphilitiques survenant chez des sujets lymphatiques ont de la tendance, après un premier degré d'amélioration, à se perpétuer. Le professeur Leloir a insisté sur ce fait dans une leçon récente. Dans le cas particulier, la persistance de la suppuration des ganglions inguinaux, qui a nécessité une hospitalisation de près de 6 mois, nous semble bien devoir être rattachée au lymphatisme.

B. — Françaises

Ire Obs. — Courteau, Marie, âgée de 18 ans, née à Douéra, célibataire, nullipare, sous la surveillance de la police des mœurs depuis 3 ans 1/2. Cheveux châtain foncé, peau brune. *Lymphatique.*

Elle a fait cinq séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 25 avril au 22 mars 1890. — 1° *Plaques muqueuses buccales et vulvaires.* 2° *Chancre mou sur les caroncules à droite.* (*Inoculation positive.*)

2e séjour, du 13 au 24 juin 1890. — Chancre mou dans les caroncules à droite.

3e séjour, du 14 novembre au 16 décembre 1890. — 1° Chancre mou dans la paroi antérieure du vagin. 2° Plaques muqueuses à la vulve. 3° Blennorrhagie utérine.

4e séjour, du 20 février au 24 mars 1891. — 1° Plaques muqueuses de la grande lèvre droite.

6e séjour, du 26 juin au 18 juillet 1891. — 1° Catarrhe utérin. 2° Plaques muqueuses à la vulve et à la bouche. 3° *Syphilide maculeuse du cou très légère, en nappe uniforme.*

IIe Obs. — Ducombs, Joséphine, âgée de 17 ans, née dans les Hautes-Pyrénées, à Alger depuis 12 ans, célibataire, nullipare, se livrant à la prostitution depuis 3 mois, *lymphatique*, aménorrhée.

Cheveux châtains, peau brun clair.

Elle a fait deux séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 30 janvier au 11 février 1891. — 1° Chancres mous : *a*) à la fourchette, *b*) à la petite lèvre gauche. 2° Catarrhe utérin. 3° Papules squameuses, petites, généralisées.

2e séjour, du 13 mars au 19 mai 1891. — 1° Chancre mou à la fourchette. 2° Adénopathie inguinale. 3° *Syphilide maculeuse du cou, peu marquée.*

IIIe Obs. — Perrier, Elisabeth, âgée de 19 ans, née à Alger, célibataire.

Cheveux châtains, peau blanche.

Elle a fait cinq séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 7 février au 10 mars 1891. — 1° Chancre mou à la face interne de la petite lèvre gauche. 2° Adénopathie inguinale. 3° Roséole.

2e séjour, du 3 au 14 avril 1891. — 1° Adénopathie. 2° Roséole.

3e séjour, du 17 avril au 5 mai 1891. — Taches pigmentaires, suite de syphilides squameuses.

4e séjour, du 29 mai au 16 juin 1891. — 1° Plaques muqueuses à la lèvre supérieure. 2° *Syphilide maculeuse du cou.*

5e séjour, du 26 juin au 11 juillet 1891. — 1° Chancre mou à la vulve. 2° Plaques muqueuses aux lèvres. 3° *Syphilide maculeuse du cou.*

IVe Obs. — Desclaux, Thérèse, âgée de 19 ans, née en Saône-et-Loire, à Alger depuis 1 an 1/2, célibataire, nullipare, sous la surveillance de la police des mœurs depuis 2 mois. *Lymphatique.*

Cheveux blonds, peau blanche.

Elle a fait un séjour au Dispensaire, du 28 avril au 26 mai 1891. — 1° Plaques muqueuses (?) des culs-de-sac vaginaux. 2° Adénite cervicale (à gauche) suppurée. 3° Écoulement uréthral. 4° *Syphilide maculeuse* (*commençante*).

Ve Obs. — Chabert, Marie, âgée de 28 ans, née à Avignon, célibataire. A un enfant de 6 ans et demi.

Cheveux blonds, peau blanche.

Elle a fait deux séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 29 mai 1891 au 2 juin 1891. — 1° Plaques muqueuses érosives de la petite lèvre droite. 2° *Syphilide maculeuse du cou.*

2e séjour, du 19 juin 1891 au 25 juin 1891. — 1° Syphilide ulcéreuse à la grande lèvre droite ; 2° *Syphilide maculeuse du cou.*

C. — Espagnoles

Ire Obs. — Fournès, Antoinette, âgée de 18 ans, née à Valence (Espagne), célibataire, sous la surveillance de la police des mœurs depuis 3 ans, *lymphatique.*

Cheveux noirs ; peau brune.

Elle a fait trois séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 2 mai 1890 au 20 mai 1890. — 1° Plaques muqueuses aux petites lèvres ; 2° *Syphilide maculeuse du cou.*

2e séjour, du 12 juin 1890 au 28 juin 1890 .— Chancre mou à la fourchette.

3e séjour, du 9 février 1891 au 14 mai 1891. — 1° Chancre mou occupant tout le pourtour de l'orifice vaginal. 2° Adénite suppurée inguinale droite. 3° Plaques muqueuses du pharynx. 4° *Syphilide maculeuse du cou.*

IIe Obs. — Puertos Thérèse, âgée de 20 ans, née à Blidah, célibataire, sous la surveillance de la police des mœurs depuis trois mois. A eu un enfant (mort). Cheveux noirs ; peau brun pâle.

Lymphatique. Elle a fait trois séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 14 mai 1890 au 21 août 1890. — Plaques muqueuses : *a*) à la vulve ; *b*) au périnée ; *c*) à la bouche ; *d*) aux paupières.

2e séjour, du 16 novembre 1890 au 13 décembre 1890. — Plaques muqueuses : *a*) périvulvaire, forme papulo-érosive ; *b*) vulvaire, forme érosive.

3e séjour, du 15 mai 1891 au 9 juin 1891. — 1° Plaques muqueuses : *a*) périvulvaires, forme papulo-érosive ; *b*) vulvaires, forme érosive ; 2° *Syphilide maculeuse du cou peu marquée.*

IIIe Obs. — Barifi, Jeanne, âgée de 18 ans, née à Alger, célibataire. nullipare. *Lymphatisme.*

Cheveux châtains, peau brun clair.

Elle fait un séjour au Dispensaire, du 20 février 1891 au 4 avril 1891. — 1° Chancre mou à l'anus. 2° Plaques muqueuses à la bouche. 3° *Syphilide maculeuse, très nette au cou, avec quelques traces sur la face postérieure du thorax.*

IVe Obs. — Montalvo Pilar, âgée de 24 ans, née à Cuença (Espagne),

à Alger depuis 5 jours, célibataire, nullipare, se livrant à la prostitution depuis 5 ans.

Cheveux noirs, peau brune.

Elle a fait un séjour au Dispensaire, du 25 mars 1891 au 25 avril 1891.— 1° Uréthrite. 2° Ulcération du col utérin. 3° *Syphilide maculeuse discrète du cou, apparue au commencement d'avril.*

Ve Obs. — Bernasconi Marie, âgée de 18 ans, née à Alger, sous la surveillance de la police des mœurs depuis 3 ans. Cheveux noirs, peau brune.

Scrofuleuse : a eu une coxalgie avec abcès fistuleux.

Elle a fait quatre séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 23 mai 1890 au 3 juillet 1890. — 1° Ulcérations syphilitiques périvulvaires. 2° Papules syphilitiques sur les cuisses.

2e séjour, du 8 décembre 1890 au 9 janvier 1890. — Tubercules syphilitiques à la face interne de la cuisse gauche.

3e séjour, du 12 mai 1890 au 6 juin 1890. — 1° Plaques muqueuses à la vulve. 2° Vaginite. 3° *Syphilide pigmentaire en nappe uniforme aux lombes.*

4e séjour, du 22 août 1891 au 15 septembre 1891. — Syphilide ulcéreuse à la fourchette. *Syphilide pigmentaire en nappe uniforme aux lombes.*

VIe Obs. — Lilio Carmelle, âgée de 20 ans, née à Alger, célibataire, A fait deux fausses couches il y a 5 et 6 ans. Syphilitique depuis 4 ans.

Cheveux noirs, peau brune.

Elle a fait un séjour au Dispensaire, du 22 mai 1891 au 4 juin 1891. — 1° Plaques muqueuses de la bouche. 2° *Traces de syphilide maculeuse du cou.*

VIIe Obs. — Campagne, Marguerite, âgée de 26 ans, née à Palma, à Alger depuis 24 ans, célibataire, elle a eu deux enfants.

Cheveux châtains, peau brune.

Elle a fait deux séjours au Dispensaire.

1er séjour, du 17 novembre 1890 au 9 décembre 1890. — Catarrhe utérin.

2e séjour, du 5 juin 1891 au 25 juin 1891. — Plaques muqueuses : *a*) à la vulve ; *b*) aux amygdales. 2° Gale. 3° Métrite du col. 4° *Syphilide maculeuse du cou, peu marquée.*

Nos observations prouvent un premier fait, c'est l'existence de la syphilide maculeuse chez les indigènes, dans la race arabe et dans la race juive. Elles démontrent de plus que cette manifestation cutanée de la syphilis chez nos indigènes est relativement fréquente puisqu'elle nous fournit la proportion de 16 cas de syphilide maculeuse sur 55 cas de syphilis, soit une proportion de 29.09 0/0.

A ce sujet voici quelques chiffres donnés par les auteurs :

Pillon	30	syphilides	maculeuses,	sur 107	syphilitiques.
Tanturi	18	»	»	» 72	»
Neisser (Leipzig)	16	»	»	» 116	»
Hôpital du Bon-Secours de Nancy	30	»	»	» 240	»

Dans les cas qu'il nous a été donné d'observer, cette manifestation spécifique s'est montrée sous les principaux traits que lui ont décrits les auteurs, relativement à sa durée, à sa marche, à son aspect, à l'époque de son apparition après le chancre infectant.

Nous n'avons pu noter l'espace de temps écoulé entre l'apparition du syphilome primitif et de la syphilide maculeuse que dans trois cas.

Le petit tableau suivant montre ces faits :

NOMS	CONSTATATION		INTERVALLE entre LE CHANCRE et la SYPH. MACULEUSE
	DU CHANCRE	DE LA SYPH. MACUL.	
Aboucaya.	Commencement de février	Commencement de mai.	3 mois.
Fathma bent Abderhaman.	4 novemb. 1890.	2 juin 1891.	7 mois.
Aïcha bent Said ben Sliman.	5 janvier 1891.	21 avril 1891.	3 mois, 20 jours.

Quant à la question de savoir si dans la syphilide maculeuse il y a mobilisation et transport des granules pigmentaires des parties qui paraissent décolorées dans celles qui sont hyperchromiées, nous croyons comme le professeur Fournier, que cette explication est erronée, et, aux arguments péremptoires qui ont été fournis comme allant à l'encontre de cette manière de voir, nous croyons pouvoir en ajouter un autre.

En effet, s'il en était ainsi, la tache décolorée irait, comme dans le véritable vitiligo, s'agrandissant au fur et à mesure qu'elle deviendrait plus ancienne. Or c'est le contraire qui se produit. Au début comme dans le cas d'Aboucaya, qui est typique à ce point de vue, le réseau hyperchromique est constitué par des linéaments très grêles et les espaces de peau saine compris entre ses mailles sont très grands. Au contraire, quand la syphilide maculeuse est en voie de disparaître, le réseau hyperchromique présente des mailles de plus en plus serrées, de telle sorte qu'il se transforme assez souvent en une nappe uniforme, à teinte moins foncée (1).

Après avoir constaté très fréquemment, non seulement l'existence de la syphilide pigmentaire chez les Mauresques, mais encore l'exagération de ses divers caractères en étendue et en coloration, nous nous attendions à trouver chez les Espagnoles cette manifestation spécifique moins accentuée que chez nos Indigènes, mais plus mar-

(1) Les recherches anatomo-pathologiques de Tanturi, de Saintin, d'Ignazis, Tortora de Bockart; celles plus récentes d'Audry (*Annales de Dermatologie*, 1890, p 134 concordent pleinement avec nos appréciations cliniques.

quée que chez les Françaises. Cette gradation du Nord au Sud existe en effet car, si l'on considère seulement l'étendue et l'intensité de teinte de la syphilide maculeuse, il est certain que chez les Espagnoles cette manifestation spécifique occupe un rang intermédiaire à celui qu'elle présente chez les Françaises et les Mauresques. Par contre, anomalie assez inattendue, si l'on ne regarde que la seule fréquence de la syphilide maculeuse on voit nettement qu'elle atteint son maximum de fréquence chez les filles de l'Ibérie.

Dans nos observations nous avons noté 13 fois le lymphatisme sur 28 cas de syphilide maculeuse. Il nous semble évident qu'il y a entre ces deux faits plus qu'une coïncidence. Le lymphatisme constitue certainement un terrain qui favorise l'apparition et le développement de la syphilide pigmentaire.

Conclusions.

I. — La syphilide maculeuse s'observe chez les races indigènes de l'Algérie : Arabe, Kabyle et Juive.

II. — Elle est notablement plus fréquente qu'en France.

III. — Ses caractères d'étendue et de coloration ressortent surtout plus tranchés et plus typiques.

IV. — Relativement à sa date d'apparition après le syphilome primitif, le petit nombre de cas (trois) dans lesquels nous avons pu noter cette apparition, ne nous permet pas une conclusion ferme. Dans les cas dont il s'agit, la syphilide maculeuse s'est montrée dans les délais classiques.

V. — Plus fréquente encore chez les Espagnoles, elle semble, comme étendue et comme intensité de teinte, servir de trait d'union entre la France et ses sujets de l'Afrique du nord.

VI. — Le Lymphatisme constitue un terrain favorable à l'apparition et au développement de la syphilide pigmentaire.

VII. — Les noms de syphilide pommelée, de syphilide maculeuse sont impropres parce qu'ils sont tirés d'une erreur, d'une illusion d'observation qu'ils consacrent. En effet les espaces de peau circonscrits par le réseau hyperchromique et qui *paraissent* constituer des taches sur le ton plus foncé des régions atteintes sont normaux ou relativement normaux.

Le nom de syphilide pigmentaire est incomplet, car il peut s'appliquer à des lésions absolument différentes, aux taches plus ou moins foncées qui succèdent à différentes lésions syphilitiques aussi bien qu'à la manifestation qui fait l'objet de notre travail.

Cette dernière, à notre sens, devrait porter le nom de :

Syphilide pigmentaire réticulée.

SYPHILIDES MACULEUSES

OBSERVÉES AU DISPENSAIRE MUNICIPAL D'ALGER

DU 23 MARS 1890 AU 5 JUIN 1891

	NOMS	AGE	COULEUR — CHEVEUX	COULEUR — PEAU	SIÈGE de L'HYPERCHROMIE	OBSERVATIONS
INDIGÈNES ARABES ET JUIVES	1° Aboucaya.	21 ans.	noirs	brune	Cou.	Disposition aréolaire bien marquée (observation détaillée).
	2° Aïcha bent Saïd ben Sliman.	19 ans.	noirs	blanche	Cou, tronc.	(Photographie). Observation détaillée.
	3° Aïcha bent Sliman ben Saad.	20 ans.	très noirs	blanche	Cou, tronc, racine des membres.	Observation détaillée.
	4° Fathoum bent Amar.	20 ans.	noirs	brun clair	Cou, tronc.	Observation détaillée.
	5° Zhour bent Mohamed.	17 ans.	brun foncé	blanche	Cou, tronc.	Observation détaillée.
	6° Chérifa bent Ahmed.	20 ans.	noirs	brun pâle	Tronc.	Peu marquée.
	7° Fathma bent Abderhaman.	24 ans.	noirs	brune	Dos	—
	8° Aïcha bent Kellil.	26 ans.	noirs	brun clair	Cou	—
	9° Fathma bent Mohamed.	24 ans.	châtains	blanche	Cou.	Au début.
	10° Kadoudja bent Ahmoud.	25 ans.	noirs	brune	Cou.	Très peu marquée.
	11° Tessadit bent Mohamed ben Ali.	17 ans.	châtain clair	blanche	Cou.	—
	12° Tessadit bent Boudjema Adda.	26 ans.	noirs	brune	Cou.	—
	13° Zhora bent Hassan Kellil.	29 ans.	noirs	brun clair	Cou.	Notée le 29. Actuellement est en voie de disparaître.
	14° Yamina bent Lounès.	24 ans.	noirs	brun foncé	Cou, tronc.	Photographie.— Observation détaillée.
	15° Yamina bent Mohamed Derradji.	27 ans.	châtains	brun clair	Cou.	—
	16° Zhour bent Kaddour ben Afrid.	20 ans.	noirs	brune et fine	Cou, dos.	—

	NOMS	AGE	COULEUR		SIÈGE	OBSERVATIONS
			CHEVEUX	PEAU		
FRANÇAISES	1° Courteau, Marie.	18 ans.	châtain foncé	brune	Cou.	Hyperchromie peu marquée.
	2° Ducombs, Joséphine.	17 ans.	châtains	brun clair	Cou.	Hyperchromie peu marquée.
	3° Perrier, Elibeth.	19 ans.	châtains	blanche	Cou.	Hyperchromie au début.
	4° Desclaux, Thérèse.	19 ans.	blonds	blanche	Cou.	Hyperchromie au début (peu marquée.
	5° Chabert.	28 ans.	blonds	blanche	Cou.	—
ESPAGNOLES	1° Fournès, Antoinette.	18 ans.	noirs	brune	Cou.	Hyperchromie peu marquée, presque uniformément étendue.
	2° Puertos, Thérèse.	20 ans.	noirs	brun pâle	Cou.	Hyperchromie peu marquée, presque uniformément étendue.
	3° Barifi, Jeanne	18 ans.	châtains	brun pâle	Tronc, cou.	Au cou, au tronc où elle est très faible.
	4° Montalvo Pilar.	24 ans.	noirs	brune	Cou.	Hyperchromie peu marquée (début).
	5° Bernasconi, Marie.	19 ans.	noirs	brune	Lombes.	Nappe presque uniforme.
	6° Lilio Carmelle.	20 ans.	noirs	brune	Cou.	Traces.
	7° Campagne, Marguerite.	26 ans.	châtains	brune	Cou.	Hyperchromie peu marquée (début).

100 Syphilitiques, soignées au Dispensaire communal d'Alger, du 23 mars 1890 au 5 juin 1891, ont donné 28 cas de syphilide pigmentaire se décomposant comme suit

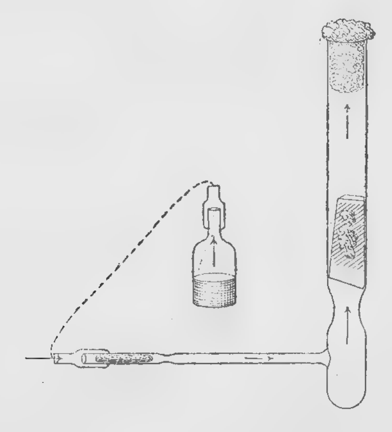
	SYPHILITIQUES		SYPHILIDES MACULEUSES	RAPPORT
	Indigènes........	55	16	29.09 0/0
	Européennes.....	45	12	26.66 0/0
	DÉTAIL :			
Indigènes........ 55	Arabes.........	54	15	27.77 0/0
	Juive...........	1	1	100 0/0
Européennes..... 45	Françaises	25	5	20 0/0
	Espagnoles......	19	7	36.84 0/0
	Italiennes.......	1	—	0 0/0

DU TRAITEMENT ANTISEPTIQUE
DES TEIGNES ET EN PARTICULIER DE LA PELADE
PAR L'ESSENCE DE CANNELLE DE CHINE (1).

Par le Dr **Busquet**, médecin aide-major de 2e classe.

Dans le cours de recherches faites en 1889 sur la biologie comparée de quelques champignons inférieurs (achorion, trichophyton, aspergillus, penicillium), nous avions pu constater que les essences exercent une action énergique sur le développement des microphytes.

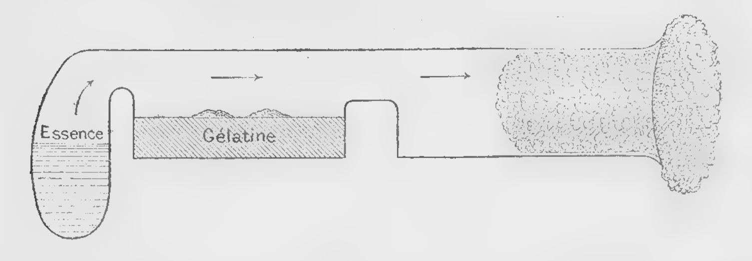
Nous utilisions pour cette étude des tubes d'une forme particulière, variant avec les différents milieux nutritifs. Pour les cultures sur milieu solide végétal (pomme de terre, betterave, carotte, navet, chou), nous employions le tube de Roux à ajutage inférieur en adap-



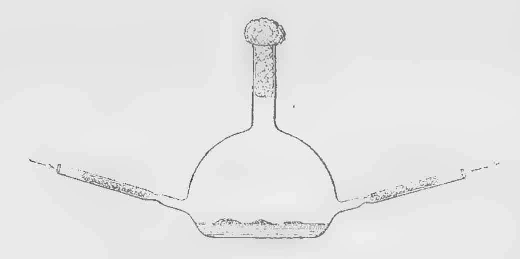
tant à ce dernier tube un tuyau en caoutchouc qui établissait la communication avec un petit flacon contenant un poids connu de l'essence à essayer (fig. 1).

(1) Nous voulions, avant de communiquer cette note, réunir un très grand nombre d'observations et appuyer nos affirmations d'épreuves photographiques. Le récent travail de M. le professeur Vaillard sur le traitement de la pelade par l'essence de térébenthine, en mettant en lumière la cause microbienne de l'affection et l'action des antiseptiques sur le parasite, nous dispense d'attendre plus longtemps. Nous conclurons donc d'après les 80 observations que nous avons pu recueillir depuis deux ans.

Pour les cultures sur agar et gélatine, nous avons fait construire le tube dont la figure est ci-jointe (fig. 2).



Les cultures sur milieux liquides en couches peu épaisses ont été faites dans ces tubes ou dans des matras à fond plat de Fernbach, communiquant avec des flacons renfermant l'essence (fig. 3).



Dans toutes les cultures ainsi traitées, nous avons pu voir se produire un ralentissement notable ou un arrêt presque complet de la végétation selon l'essence employée.

Une application toute naturelle de ces connaissances s'imposait pour le traitement des affections cutanées dues à des parasites végétaux. Les essences appliquées sur la peau étant irritantes et légèrement rubéfiantes, nous avons choisi comme véhicule l'éther sulfurique légèrement alcoolisé qui a l'avantage de dissoudre parfaitement les essences, et en débarrassant la peau ou les cheveux des substances grasses qui les recouvrent, de permettre le contact de l'antiseptique. De plus, l'éther étant généralement anesthésique doit diminuer la douleur locale produite par les applications.

Nous avons employé surtout l'essence de cannelle de Chine et celle d'aspic dans la proportion de :

Essence	10 grammes.
Éther sulfurique	30 »

Dans le favus, nous avons obtenu rapidement le dessèchement des croûtes ; le godet devient pulvérulent, la couche épidermique très voisine s'exfolie légèrement et tout disparaît en quelques jours.

L'herpès circiné cède très vite au même traitement.

Nous avons (et c'est surtout le but de cette note) essayé de traiter la pelade, dont suivant les récentes recherches le parasite serait un champignon, par l'essence de cannelle de Chine. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. Des cas rebelles à tout autre traitement, teinture d'iode, vésicatoires, lotions de sublimé, et datant de 1 à 4 ans ont parfaitement et vite guéri (1). Dans cette affection nous prescrivons un badigeonnage par jour avec un pinceau de coton, en recommandant de le brûler après l'application du médicament. Ainsi, nous évitons le danger de la dissémination par les objets de pansement. Nous faisons couper les cheveux aussi près que possible de la tête et défendons les lotions savonneuses ou autres afin d'éviter toute humidité du cuir chevelu. Nous joignons de fréquentes désinfections des coiffures avec une solution concentrée d'acide phénique.

Dans tous les cas ainsi traités, nous avons toujours vu les cheveux pousser très rapidement sous forme d'un duvet, blanchâtre au début, qui se colore après quelques jours.

La durée moyenne du traitement est de 3 à 5 semaines. Quelquefois, aux premières applications, il se produit un peu de rougeur du cuir chevelu et une légère sensation de chaleur. Il suffit d'interrompre le traitement un jour ou deux, et ces phénomènes inflammatoires disparaissent. Nous avons remarqué qu'ils se manifestent surtout dans les cas où la solution éthérée a été renfermée dans des flacons bouchés en liège, ce qui permet l'évaporation de l'éther et la concentration de la solution.

Nous avons appliqué ce traitement à trois cas de pelade de la barbe. Chez nos deux premiers malades, les plaques, d'une étendue de 5 cent. sur 3, se sont couvertes en 10 jours d'un poil incolore assez épais ; chez le troisième, la guérison a été plus lente et les plaques n'ont disparu qu'au bout de 25 jours (pelade datant d'un an).

D'après ces résultats (2), on peut donc conclure que l'essence de cannelle de Chine et celle d'aspic exercent une action énergique sur le parasite encore si mal connu de la pelade et en entravant son développement, permettent au follicule de reproduire le cheveu.

(1) Citons en particulier l'observation du sieur R.., qui était porteur d'une large plaque de pelade depuis 4 ans et qui guérit après 14 applications. Citons aussi celle du nommé G..., atteint d'une pelade en aire à plaques multiples dont la guérison fut complète en 20 jours.

(2) Nous avons, sur les conseils de M. Cadéac, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, essayé l'action de plusieurs essences réunies ; les résultats ne sont pas sensiblement différents des précédents, bien que l'action paraisse un peu mieux marquée sur les cultures.

NOTE SUR L'ÉVOLUTION DE LA BULLE

Par **H. Triboulet**, interne des hôpitaux.

Dans les diverses affections bulleuses, l'élément, la bulle, au moment de son apparition, est nettement translucide; au bout d'un temps, qui varie de quelques heures à quelques jours, le contenu change de couleur; la bulle devient opaque et, dans bon nombre de points, le contenu se trouve franchement purulent; en même temps la bulle s'entoure d'une aréole inflammatoire manifeste. Dans d'autres cas, la bulle s'affaisse, se ride; le contenu reste séreux, transparent, et l'on ne constate aucune rougeur inflammatoire autour de l'élément ou bien la sérosité ne se trouble que tardivement, et la rougeur apparaît alors. Il en était ainsi, en particulier, dans l'affection bulleuse dont l'observation suit, d'ailleurs résumée, les détails n'ayant pas trait à nos recherches spéciales.

Il s'agit d'un garçon de 23 ans, qui entra au mois de mai 1890, salle Hillairet, dans le service de notre maître, M. le docteur Tenneson.

Aucun antécédent dermatologique héréditaire ou personnel. Sujet de bonne constitution apparente, présente comme seule tare physique une dentition des plus défectueuses, la plupart des dents sont tombées dès la deuxième dentition, celles qui restent sont à l'état de débris.

A la fin de 1889, le malade a traversé une période de six mois de privations et de tourments.

Vers le début de février 1890, parut à l'angle externe de l'œil gauche une bulle qui fut accompagnée de deux ou trois semblables sur les joues. Ces bulles disparurent rapidement; quinze jours après, surgit au bord interne des deux pieds, un groupe de bulles, pendant qu'apparaissaient aux cuisses des bulles erratiques. Ces bulles, de volume variable, ne dépassaient pas le volume d'un pois. Après des alternatives d'atténuation et de récidives, ces lésions persistent jusqu'en mai, époque à laquelle le malade entre dans le service. A son entrée, le 8 mai, on constate, sur le bord interne du pied, au niveau de l'excavation plantaire, un groupe de bulles du volume d'un gros pois, parmi lesquelles quelques-unes, claires, en pleine évolution, d'autres, petites encore, au début; d'autres, enfin, ridées, affaissées ou éclatées, au niveau des deux malléoles internes, à droite surtout, groupes analogues, quelques bulles erratiques sur les jambes et sur les cuisses, rien sur les muqueuses.

En dix jours (sans traitement réel, d'ailleurs), l'éruption semble avoir disparu. Le malade sort le 18 mai. Dès le soir, dit-il, les bulles réapparaissaient, se localisant aux lèvres. Les détails manquent sur l'évolution de

cette poussée. Toujours est-il que le malade contracte la blennorrhagie, fin juin, et se soumet d'emblée à un traitement par le copahu à dose élevée, et, en même temps, l'éruption bulleuse reparaît, se généralisant, envahissant les épaules, le cou, les aisselles, les bras, les jambes, le tronc, les organes génitaux. Il entre de nouveau dans le service. Régime émollient; tisane d'orge, bains, régime lacté.

A partir de ce moment (juillet), les lésions passent par des alternatives d'augment et de déclin, qui constituent de véritables poussées successives. Nous nous contentons de donner les dates :

Août. Poussée intense calmée par les bains, localisation spéciale au cou; d'août à septembre, sans manifestations éruptives spéciales, douleurs profondes dans les bras, les avant-bras, les épaules, les jambes. On donna avec apparence de succès le salicylate de soude.

En septembre, grande amélioration.

Le 13 octobre le malade sort n'ayant plus que quelques bulles disséminées au bras. Il rentre huit jours après, avec une poussée bulleuse. Il a conservé un léger degré d'uréthrite.

Le 13 novembre le malade sort en apparence guéri, et ne présentant plus une seule bulle.

Le 8 décembre il rentre avec une éruption formidable, généralisée, et un suintement uréthral plus marqué. Le malade se serait livré à un travail excessif, de dix-huit heures par jour; pas d'excès de table; deux fois il a pris un peu d'alcool, plusieurs coïts.

Au 1er février 1891, quand nous quittons le service, le sujet est dans des conditions de santé générale excellente; pas de désordres de la nutrition; l'examen des urines fait avec soin n'a jamais rien fait découvrir d'anormal; la température ne s'est jamais élevée, les lésions cutanées sont disséminées, il y a des bulles sur tout le corps, sauf aux mains, avec prédominance au cou, au cuir chevelu, aux organes génitaux. Ces bulles, de volume variable, sont à toutes les périodes de leur évolution, bulles naissantes, translucides; grosses bulles, bulles ridées, débris épidermiques, bulles purulentes; croûtes impétigineuses à la face; plaques de pigmentation succédant à ces lésions, et disparaissant peu à peu; mais, en somme, de la bulle uniquement. Une seule fois, le malade, intelligent et très observateur, dit avoir constaté sur un pied une élevure rouge de la dimension d'une pièce de 5 francs. D'autre part, aujourd'hui, aux membres supérieurs en particulier, il paraît y avoir tendance des éléments à la circination.

Rien sur les muqueuses; de signes fonctionnels, point; piqûre légère quand la bulle va naître; sensation nette, paraît-il, de tension quand elle se développe; prurit très léger à la desquamation, pas de lésions de grattage, pas de sensations douloureuses.

En résumé, affection *monomorphe*, exclusivement bulleuse, non prurigineuse, chronique, à poussées successives, avec conservation de la santé générale. Affection remarquable qui ne saurait rentrer dans aucune des divisions de la classification actuelle. Elle rappelle l'hydroa de M. Quinquaud, mais en diffère absolument par la durée, celui-ci ne dépassant guère six semaines à deux mois.

Elle n'est pas la dermatite herpétiforme de Duhring qui, par définition de M. Brocq est *polymorphe-prurigineuse*.

Elle n'est pas le pemphigus aigu, fébrile, infectieux, non plus que le pemphigus grave qui tue en six mois, ou plus rapidement encore. Faut-il chercher une dénomination spéciale? contentons-nous de dire: Pemphigus *bénin* chronique à poussées successives.

Quoi qu'il en soit, la bulle se comportait ici ainsi que nous avons dit en débutant, et il était intéressant de voir à quelles modifications intimes répondaient les phases successives de l'évolution de cette bulle. Grâce à l'observation minutieuse à laquelle se soumettait le malade on put examiner plusieurs bulles dès leur formation. Le malade ressent une piqûre en un point, à cet endroit se manifeste de la rougeur, et, rapidement, en dix minutes, d'ordinaire; plus tôt, s'il y a grattage, une bulle apparaît, minuscule, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois.

Après cautérisation de la surface de la bulle, la sérosité fut recueillie à l'aiguille de platine; huit ensemencements furent faits sur gélose, le 24 décembre 1890, et les tubes mis à l'étuve à 37° jusqu'au 6 janvier 1891. Dans tous les cas les résultats furent négatifs. Aucune culture ne se fit sur sept tubes, un huitième ensemencement fut positif accidentellement, et cette possibilité avait été prévue, le fil de platine retiré d'une bulle du front, ayant touché un cheveu; et le tube fut marqué d'un point d'interrogation.

D'autre part, cinq ensemencements faits avec la sérosité de cinq bulles datant de douze à vingt-quatre et trente heures, transparentes en apparence, furent positifs et cela, dès le deuxième jour. On vit apparaître à la surface de la gélose un semis blanchâtre en traînées et en plusieurs points, au bout de cinq à six jours, se montrèrent de petits amas jaunes. Ces microcoques, bien reconnaissables au microscope, liquéfiant la gélatine à 20°; c'était un mélange de staphylocoques.

De deux bulles ridées, affaissées, à contenu transparent, en apparence, sans aréole inflammatoire manifeste, l'une ne donna rien sur trois tubes; l'autre donna trois cultures positives dès le deuxième jour. Ici, encore, mélange de deux staphylocoques.

Enfin, diverses bulles, à contenu purulent, avec aréole inflammatoire évidente, donnèrent dans tous les cas des cultures positives, mélange des deux staphylocoques.

De tout ceci sort une conclusion facile : la bulle naît dépourvue d'éléments pyogènes, lesquels s'introduisent secondairement et, nous ajoutons, qu'ils sont de provenance extérieure. La démonstration en fut aisée.

A six reprises, des bulles qui venaient de naître furent recouvertes d'un verre de montre (aseptisé), suivant le procédé employé dans l'inoculation des chancres mous, et, dans tous les cas, après deux

jours, deux jours et demi, trois jours, et *cinq* jours et demi, dans un cas, la sérosité bullaire donna des résultats négatifs par ensemencement sur gélose portée à l'étuve à 37°, du 30 déc. 1890 au milieu de janvier 1891. Là encore, cependant il y eut un septième cas positif dont la cause nous échappe. Dans notre séjour à l'hôpital des enfants, nous avons obtenu des résultats analogues, en étudiant l'évolution des vésicules et des bulles de la varicelle — Notre excellent collègue Rénon nous a dit être, de son côté, arrivé, pour cette fièvre éruptive, aux mêmes résultats.

Pour conclure, il est donc bien établi que dans l'affection qui nous occupe, les éléments éruptifs bulleux passent à suppuration sous l'influence secondaire de microcoques pyogènes venus de l'extérieur. La même constatation, nous l'avons faite depuis, pour les vésicules d'herpès, et ce qui, dans notre cas particulier, n'est qu'un simple fait d'observation, devient fort suggestif ainsi que nous le faisait remarquer notre maître, le Dr Tenneson, au point de vue des affections vésiculeuses et bulleuses passant à suppuration et peut-être, tout particulièrement au point de vue de la plus grave des fièvres éruptives: de la variole, dont il serait éminemment intéressant d'élucider le mécanisme du passage à suppuration.

A côté de ces éléments pyogènes surajoutés, existe-t-il un organisme spécial au pemphigus, ou si l'on veut mieux préciser, spécial à l'éruption bulleuse de notre sujet? peut-être des recherches ultérieures seront-elles décisives, rien de semblable ne nous a frappé. Nous rappellerons que, dans des recherches récentes, faites à Montpellier, et publiées dans les *Annales de dermatologie* du mois de septembre 1890, M. le Dr Boinet, de Montpellier, a étudié, au point de vue microbien spécifique la vésicule d'herpès, sans arriver à ancun résultat positif.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 10 MARS 1892.

Présidence de M. Lailler.

SOMMAIRE. — A l'occasion du procès-verbal : Le bain continu de Hebra dans le pemphigus foliacé ; MM. Barbe, E. Besnier, Lailler. — Farcinose cutanée du centre de la face, chez un homme de 74 ans, n'ayant eu aucun rapport connu avec des animaux ou avec des individus atteints de morve ou de farcin, par M. Ernest Besnier ; zoopsie et bactériologie par M. R. Sabouraud. — Deux observations nouvelles pour servir à l'histoire du mycosis fongoïde et particulièrement à l'étude de la période prémycosique de cette maladie, par M. Ernest Besnier. (Discussion : MM. Lailler, Brocq, Quinquaud et Hallopeau.) — A propos de la phthiriase des paupières, par M. Four Raymond. — Sur un cas de lichen scrofulosorum et la nature tuberculeuse de cette affection, par M. Hallopeau. — Nouveau modèle de pince à épiler, par M. Ehlers. — Herpès végétant de la vulve simulant des plaques muqueuses, par M. D. Bataille. (Discussion : MM. Fournier, Barthélemy et Jacquet.) — Ulcères de jambe métatyphiques, par M. Fournier. — Herpès fébrile ou zona double? par MM. Hallopeau et Jean Barrié. (Discussion : M. Thibierge.) — Un cas d'hystéro-syphilis, par M. Djelaleddin-Moukhtar. — Un cas d'œdème bleu hystérique, par M. G. Thibierge. — Trichophytie de la plante du pied datant de 6 ans et simulant la syphilis, par M. Djelaleddin-Moukhtar. — Discussion : M. Barthélemy). — Election.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL.

Le bain continu de Hebra dans le pemphigus foliacé.

M. Barbe. — A propos de la communication que M. Besnier a faite à la dernière séance sur le pemphigus foliacé, je prends la liberté de lui demander ce qu'il pense de l'emploi du bain continu de Hebra dans cette affection.

M. Ernest Besnier. — Le pemphigus foliacé ne paraît pas devoir bénéficier de ce puissant modificateur ; je n'ai obtenu aucun bon effet du maillot humide permanent sous pansement imperméable, et Unna me citait, ces jours derniers, à propos de ma malade, un cas dans lequel, après trois mois de bain continu, et le malade ayant refusé de continuer à l'arrivée de la

saison froide, la situation antérieure s'était rétablie comme si le traitement n'avait pas été employé.

Mais si le bain permanent, ou les bains prolongés, sont sans action sur cette grande dermatose au-dessus de toutes nos ressources actuelles, le bain prolongé, de trois à six heures, est extrêmement utile dans d'autres affections, telles que divers *prurigos diathésiques*, et dans les cas de *psoriasis rebelle,* arthropathique ou non. J'ai donné les détails de l'application de ce bain prolongé dans les *notes* de la dernière édition française de Kaposi, au traitement du psoriasis.

M. Lailler. — J'ai fait installer à l'hôpital Saint-Louis une baignoire pour donner les bains continus et j'ai essayé cette médication dans un certain nombre de cas ; je n'ai eu guère de succès que dans un cas de lichen chronique ; par contre, un de mes malades a succombé à une pneumonie. Cette médication est d'ailleurs difficile à faire accepter des malades, qui ne consentent pas à rester au bain plus de 5 à 6 jours de suite et, en outre, il est très difficile d'obtenir une température égale pendant toute la durée du bain.

Farcinose cutanée du centre de la face chez un homme de soixante-quatorze ans, n'ayant eu aucun rapport connu avec des animaux ou avec des individus atteints de morve ou de farcin.

Par M. Ernest Besnier.

I. En présentant, l'année dernière (1), un cas de farcinose mutilante de la face, dont le diagnostic clinique n'offrait pas de difficultés absolues, j'ai eu soin de faire remarquer que la farcinose cutanée de l'homme était une maladie essentiellement protéiforme, que beaucoup de cas restaient méconnus ici même, et que, malgré l'observation de M. Hallopeau et la mienne, il y aurait toujours à compter avec les formes frustes et imprévues, et que, dans tous les cas, sans exception, de lésion cutanée ambiguë, il fallait, à présent, d'une manière systématique et régulière, débattre la possibilité de l'origine équine.

Le malade que je vous présente aujourd'hui vient à l'appui de ma proposition et son examen est, je pense, de nature à frapper vivement, et d'une manière utile, l'attention des dermatologistes, et des médecins de pratique générale non seulement parce que chez cet homme la farcinose est larvée, masquée par des lésions banales, mais encore parce que l'on cherche en vain chez lui, dans tout ce qui lui est personnel, ou dans tout ce qui l'entoure, la trace de l'origine équinienne.

Lorsque le malade est entré dans mon service, le 15 décembre 1891, il présentait, au centre de la face, dans la région et sous la disposition la plus symétrique du *vespertilio*, une surface d'un rouge vineux, ne

(1) *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 2e année, 3 avril 1891, p. 184.

ressemblant à rien de ce que nous voyons habituellement, parsemée de pustules espacées, semblables à celles que pourrait produire sur la même région une application d'huile de croton, par exemple. Le nez, lui-même, était modérément tuméfié, non déformé, les narines, surtout la gauche, encombrées de croûtes adhérentes, telles qu'on les voit communément dans l'eczéma narinaire. Le malade, âgé de soixante-quatorze ans, et déjà affaibli par les années, racontait, en termes assez vagues, que, vers le mois d'octobre de 1891, il avait eu dans la narine gauche, sans cause connue, un bouton ou une écorchure, et que la peau de la narine correspondant au point malade de l'intérieur était devenue, ensuite, boutonneuse; c'est de là qu'était partie la rougeur étendue au nez entier et à la partie avoisinante des joues.

Il me fut impossible de porter, d'emblée, un diagnostic ferme; les mots de lupus et de syphilodermie, prononcés autour de moi, n'avaient aucun fondement; aucune forme d'épithéliomatose, ni de carcinose, ne répond à ce type, et je fis inscrire sur la feuille de diagnostic : dermite pustuleuse narinaire et cutanée, vraisemblablement provoquée par les applications externes, que le malade avait subies avant son entrée à l'hôpital. Après deux semaines de repos, d'applications émollientes, de pansements simples, la situation ne s'était pas amendée ; la nappe rouge vineux s'étalait; les pustules se renouvelaient, mais aucune d'elles ne formait la moindre ulcération; cependant quelques ganglions indolents, petits, roulants, commençaient à être perçus sous le maxillaire inférieur, la notion de maladie virulente ou infectieuse prenait corps.

Dans les premiers jours du mois de février (cinquième mois de la maladie), à la suite de badigeonnages ichthyolés, la lésion subit, pour la première fois après six semaines d'observation, une modification évolutive. Les pustules de la zone supérieure de la lésion cessèrent à peu près de se produire, en même temps que la moitié supérieure de la nappe infiltrée subissait une décoloration accentuée ; mais l'encombrement croûteux de la narine gauche allait en augmentant; la surface narinaire en vue, ainsi que l'aile du nez de gauche et le lobule, se recouvraient de croûtes eczématoïdes noir verdâtre, fragmentées, mais extrêmement adhérentes, et recouvrant des ulcérations indolentes, petites, cupulaires, à fond suppurant modérément. En même temps, la surface cutanée de la narine se craquelait de fissures profondes irrégulières, semblables à celles de la terre glaise desséchée au soleil, ayant, elles-mêmes, des bords déchiquetés, taillés à pic, et le tout, quand les croûtes étaient avulsées, présentant un aspect vermoulu, à nodules perforants très petits, mais rappelant exactement ceux que nous avons décrits chez notre précédent malade (1).

(1) *Loc. suprà cit.*

II. Ne fût-ce que par exclusion, et en tenant compte des principes séméiologiques que nous avons formulés tout à l'heure, il était tout naturel de soulever et d'étudier la question de farcinose, et elle eût été tranchée cliniquement par nous, sans désemparer, si les conditions personnelles du malade s'y fussent prêtées, s'il avait été cocher, palefrenier, équarisseur, etc. Mais non, c'est un ancien maçon, retiré depuis trois ans, un bon vieux à la retraite, qui ne sort de chez lui que pour de petites promenades au centre de Paris. Il habite, aux Batignolles, une maison d'ouvriers dans laquelle il n'y a ni écuries, ni chevaux, ni palefreniers, ni cochers, ni rien de ce qui, de près ou de loin, peut se rapporter au cheval, ou à ceux qui sont en rapport avec lui.

En pressurant ses souvenirs, on obtient seulement que, cinq à huit ans avant le début de sa maladie, un palefrenier aurait habité en face de lui, et que, trois ou quatre ans avant ce même début, il allait, chaque matin, chez un buvetier où passaient les rouliers, et où il déjeunait quelquefois. Voilà tout ; c'est vraiment à dire, rien. Il ne me reste qu'à ajouter, qu'en continuant à le pressurer de questions, peut-être trop suggestives, il aurait eu, dans l'hiver de 1889-1890, une bronchite rebelle, assez intense, avec expectoration abondante et suintement nasal aqueux. Mais, de ces divers accidents, il n'était rien resté ; aucun abcès n'a jamais existé sur son tégument ; il n'a aucune autre cicatrice que celle d'un bubon suppuré remontant à quarante ans et consécutif à un chancre simple. Jamais de syphilis. L'urine n'est pas albumineuse ; la voûte palatine, le pharyngo-larynx l'appareil pulmonaire ne présentent pas de lésions appréciables. Mais l'appétit se perd rapidement, la diarrhée survient à chaque instant les forces faiblissent, et le poids diminue chaque jour.

III. — Bien que cette dermite pustuleuse, ces ulcérations nodulaires, cette altération érodante de la narine et du nez, cet état térébrant et vermoulant spécial, me permettent d'affirmer qu'il s'agit ici de farcinose cutanée, je trouverais peut être quelque incrédule. Mais tous les doutes seront levés quand j'aurai ajouté que mon interne distingué, M. Sabouraud, élève brillant de l'Institut Pasteur, malgré les délais insuffisants que je lui ai fixés, a pu cependant nous apporter des preuves expérimentales et bactériologiques qui seront complétées à la séance prochaine de la Société, mais qui sont, en l'état, parfaitement suffisantes.

IV. — Zoopsie et bactériologie, par M. Sabouraud. — Les inoculations ont porté sur trois cobayes.

Premier point. — Il s'agissait de savoir si les lésions, présentées par le malade, étaient ou non de nature morveuse.

Nous nous sommes adressé au procédé dû à M. le professeur Straus : à l'inoculation intra-péritonéale sur un cobaye mâle.

Dès le deuxième jour qui suivit l'inoculation la réaction caractéristique de la morve s'est produite sur la séreuse testiculaire : vaginalite progressive, arrivant à décupler le volume de l'organe. Les lésions parvinrent à leur maximum vers le sixième jour, et le cobaye fut sacrifié par le chloroforme le huitième jour.

A l'autopsie, on trouva la vaginale très épaissie, adhérente au testicule en la plupart de ses points, et entre la séreuse et la glande, quatre collections purulentes du volume d'un pois environ, contenant un magma jaune caséeux.

L'examen direct de ce pus, par la méthode de Kühne (bleu méthylène, phéniqué, thymolé), nous montra d'abord tous les organismes habituels des infections secondaires : staphylocoques, streptocoques, points doubles, tétragènes, etc., et parmi eux le bacille spécifique de Capitan et Charrin nettement caractérisé, d'une part, par la ténuité de son petit diamètre, et, en second lieu, par sa coloration plus pâle que celle des microbes voisins.

On sait que la réaction spéciale de la séreuse vaginale chez le cobaye mâle, après l'injection de pus morveux dans le péritoine, est un caractère *de certitude positive*, et qu'à l'heure actuelle, il n'en existe pas d'équivalent.

Mais à côté de cet avantage, cette inoculation présente un inconvénient. La séreuse testiculaire, chez le cobaye, communique avec le péritoine : on retrouve donc dans le pus de la vaginale, avec le microbe spécifique, tous les microbes indifférents portés dans le péritoine par le pus de provenance suspecte. Si, donc, cette inoculation est d'une extrême valeur au point de vue du diagnostic, elle ne permet pas l'obtention immédiate de cultures pures. Il faut, pour les obtenir, s'adresser à une autre méthode d'inoculation.

Deuxième point. — Obtention de cultures pures. — Le dimanche 6 mars, nous avons inoculé en même temps deux cobayes neufs, mais en pratiquant cette fois l'inoculation sous la peau du flanc.

Par ce moyen, on n'obtient aucun caractère réactionnel particulier, mais une lymphangite qui s'étend de proche en proche. Et si ensuite on reprend aseptiquement un ganglion, on obtient sans peine une culture pure. Car sur le trajet des lymphatiques chaque ganglion a opéré une filtration microbienne à laquelle échappent seulement les microbes de haute spécificité.

Mais l'inoculation sous la peau, toujours moins sévère que l'inoculation dans les grandes séreuses, n'amène qu'en huit ou dix jours une adénite suffisamment prononcée, pour qu'avec le ganglion on puisse ensemencer un tube de pomme de terre. Et il faut encore quelques jours pour que la culture prenne sa teinte brun chocolat caractéristique.

Or, nos inoculations sous-cutanées datent de quatre jours seule-

ment. Il nous faut attendre encore une semaine et demie environ avant de pouvoir réunir l'ensemble des preuves bactériologiques de la nature des lésions suspectes.

Dès à présent, toutefois, on peut affirmer que ces lésions sont morveuses.

Nous en avons actuellement deux preuves : la vaginalite spécifique du cobaye, et l'examen du pus que nous en avons retiré.

Les deux autres preuves : cultures pures et examen du microbe cultivé, seront l'objet d'une communication ultérieure.

Deux observations nouvelles, pour servir à l'histoire clinique du mycosis fongoïde et particulièrement de la période prémycosique de cette maladie

Par M. Ernest Besnier (1).

M. Lailler. — Quelle est la médication que M. Besnier se propose d'employer ?

M. Ernest Besnier. — Le mycosis fongoïde est malheureusement au-dessus de toutes nos ressources et le cas actuel plus qu'aucun autre, et il ne peut être question que de modificateurs locaux. Un des plus puissants, le naphtol camphré, a été dès l'abord, chez ce malade, l'occasion de phénomènes d'absorption qui ne m'ont pas permis d'en continuer l'emploi.

M. Brocq. — Dans un cas de mycosis à tumeurs d'emblée, j'ai obtenu de très bons résultats des injections interstitielles de naphtol camphré.

M. Ernest Besnier. — Au sujet du traitement, je distingue avec soin les cas dans lesquels la cachexie est établie et la maladie généralisée, et ceux dans lesquels il s'agit de tumeurs isolées que l'on voit bien rarement naître de la peau préalablement saine.

Je ne discute pas, en ce moment, la question de la fréquence relative de ces modes évolutifs ; je dis seulement que je n'ai jamais vu, dans les cas déjà nombreux que j'ai pu suivre, les tumeurs naître de la peau saine, et je fais seulement remarquer que l'appréciation des moyens thérapeutiques ne peut pas se généraliser, mais être faite seulement au particulier, tant les cas diffèrent les uns des autres suivant la forme ou le degré.

M. Brocq. — J'ai cité, dans un mémoire fait en collaboration avec M. Vidal, des observations de mycosis à tumeurs d'emblée et, dans le fait auquel je viens de faire allusion, il s'agit d'un malade qui s'est longtemps observé avec beaucoup de soin et qui était capable de s'observer.

(1) Voir page 241.

M. Quinquaud. — Le traitement qui m'a paru le moins mauvais est le traitement par les injections interstitielles d'aristol, ou du moins d'un thymol bi-iodé dont j'ai donné le mode de préparation : cette substance m'a paru agir en cédant lentement l'iode qui entre dans sa composition.

M. Brocq. — J'ai vu disparaître rapidement des tumeurs de mycosis fongoïde à la suite d'applications de pommade à l'acide pyrogallique au 10e qui les ulcéraient, puis de pansements avec du liniment oléo-calcaire fortement aristolé.

M. Hallopeau. — Je rappellerai que, en 1889, alors que la forme érythrodermique du mycosis ne pouvait être connue que par l'observation de M. Besnier publiée sous le titre de lymphomatose cutanée généralisée, j'ai montré au Congrès de Paris, comme atteint très vraisemblablement d'un mycosis fongoïde, un malade qui ne présentait d'autres symptômes qu'une érythrodermie chronique généralisée avec éruptions lichénoïdes, épaississement de la peau, prurit intense et adénopathies multiples ; c'est surtout l'examen histologique, pratiqué par MM. Darier et Wickham, qui m'avait conduit à formuler ce diagnostic ; au mois de décembre dernier, j'ai présenté, avec M. Jeanselme, un nouveau cas dans lequel une poussée érythrodermique généralisée s'était produite chez un sujet atteint de tumeurs mycosiques ; depuis lors, il s'est produit chez ce même sujet une série de phénomènes qui n'avaient pas encore été signalés dans cette maladie et nous paraissent à ce titre mériter l'attention.

En premier lieu, l'éruption érythrodermique, contrairement à ce qui s'est produit dans les cas analogues publiés jusqu'ici, a rétrocédé au point de ne plus être appréciable en différentes régions et particulièrement, au visage, sur le devant de la poitrine et sur les membres supérieurs ; elle n'a pas cependant entièrement disparu, car on la retrouve sur les flancs, dans le dos et sur les membres inférieurs, très atténuée d'ailleurs et présentant une teinte rouge sombre. Les poussées érythrodermiques du mycosis fongoïde peuvent donc être passagères.

D'autre part, il s'est développé chez ce malade, sur toute la surface du corps, deux ordres de macules, les unes sombres, noirâtres, les autres pâles, décolorées.

Les unes et les autres sont survenues consécutivement à la poussée érythrodermique.

Les taches sombres ont paru à la fin de décembre : de coloration très foncée, presque noire, elles ne s'effaçent pas sous la pression du doigt ; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis ; leur forme est irrégulière ; il ne s'agit pas d'angiomes, puisque la pression ne les modifie pas ; la couleur n'est pas celle des taches hématiques ; il s'agit selon toute vraisemblance de taches pigmentaires.

Les taches blanches sont également disséminées sur toute la surface du corps, le visage excepté et ne paraissent pas avoir de rapport avec les précédentes ; dans les points où persiste l'érythrodermie, elles contrastent singulièrement avec la couleur rouge sombre des parties qui les entourent ; leur forme est irrégulièrement arrondie ; leur diamètre varie de 1 à 3 millimètres ; la sensibilité est intacte à leur niveau ; elles n'ont pas l'aspect de

cicatrices interstitielles : elles doivent être, selon toute vraisemblance, rapportées à des troubles de pigmentation consécutifs à l'érythrodermie.

Enfin, il s'est développé à la face un certain nombre de nodules miliaires du volume d'une tête d'épingle, de coloration blanc jaunâtre, de consistance ferme, identiques par leur aspect à ceux qui ont été décrits par Robinson dans le lichen plan, par M. Besnier et par nous-même dans des cicatrices consécutives à des éruptions bulleuses : ce sont de petits kystes épidermiques que M. Darier tend à considérer comme consécutifs à l'oblitération des conduits sudoripares ; il ne s'agit pas, comme on pourrait le croire, de néoplasies indélébiles ; chez notre malade atteint de dermatose bulleuse congénitale, ces nodules disparaissent au bout de quelques semaines.

Nous résumerons nos observations par les conclusions suivantes :

1° *Les poussées érythrodermiques du mycosis fongoïde peuvent être passagères et s'effacer sans laisser de traces appréciables ;*

2° *Il peut se produire à leur suite des troubles de la pigmentation caractérisés par l'apparition de macules noirâtres et de taches décolorées.*

3° *Elles peuvent entraîner aussi la formation de nodules miliaires constitués par des kystes épidermiques.*

A propos de la phthiriase des paupières.

Par M. FOUR-RAYMOND (de Laroquebrou).

(Note présentée par M. JULLIEN.)

Au mois d'août dernier on me présente dans la rue un enfant de 20 mois qui avait un œil chassieux et y éprouvait de vives démangeaisons. Très pressé (j'étais en voiture et prêt à partir), je n'examinai pas la petite fille et demandai qu'on me l'amenât ultérieurement dans mon cabinet. Je recommandai seulement de laver provisoirement l'œil malade avec de l'eau tiède, pour la propreté

Le lendemain on me présenta l'enfant. Sa sœur, en voulant pratiquer le lavage des paupières n'avait pu réussir à en enlever les prétendues croûtes, et s'était alors aperçue qu'elles étaient constituées par 4 ou 5 poux assez gros, implantés sur le rebord ciliaire. En examinant moi-même à la loupe, je vis sur le rebord ciliaire inférieur gauche une multitude de ces petits animaux, dont la plupart étaient presque microscopiques.

Je crus qu'il s'agissait de la tique des chiens, parasite très commun dans nos régions. Leur couleur cependant m'ayant donné des doutes, à l'aide d'une pince j'en arrachai un des plus gros, ce qui ne fut pas facile, car l'enfant était très indocile et le pou très adhérent. Je fus tout étonné de reconnaître un pédiculus pubis. Depuis 3 ans que

j'exerce, c'est la première fois que je vois un pediculus pubis dans nos campagnes. Il fallait renoncer à les extraire en raison de l'indocilité de l'enfant, je n'en avais du reste pas le temps. Je prescrivis une pommade au précipité rouge qui fut employée très irrégulièrement ; la paupière cependant se nettoya complètement en 4 ou 5 jours.

En résumé l'affection ne s'était traduite que par des démangeaisons.

Sur un cas de lichen scrofulosorum et la nature tuberculeuse de cette affection,

Par M. Hallopeau.

Le type morbide décrit sous ce nom par F. Hebra est rarement observé. Dans toute la série du Vierteljahrschrift et des Archives de dermatologie de Vienne, il ne fait l'objet que d'un seul travail dû à Kaposi et remontant à 1869 ; un petit nombre d'observations en ont été récemment publiées en Allemagne par MM. Schiff, Jacobi et Sack ; dans la bibliograhie des autres pays, nous n'avons trouvé qu'un mémoire de Gottheil, daté de 1887 ; on ne s'en est occupé que très accessoirement en 1889 au congrès de Paris ; nous ne le voyons presque jamais à Saint-Louis. Notre Musée en possède cependant deux moulages, faits d'après des malades de MM. Vidal et Besnier ; aussi, lorsque nous avons montré à nos collègues la petite fille dont l'éruption fait l'objet de cette communication, ont-ils, au premier coup d'œil, reconnu qu'il s'agissait d'une éruption de cette nature.

Elle présente, en effet, dans toute sa pureté, le type décrit par Hebra ; on y remarque, en outre, des particularités non encore signalées et sur lesquelles nous désirons attirer l'attention, car elles nous paraissent éclairer la nature de la maladie, incomplètement déterminée jusqu'à ces derniers temps.

L'histoire de cette enfant peut être résumée ainsi qu'il suit :

Louise B..., âgée de 7 ans, entre le 17 février au numéro 28 de la salle Lugol. Sa mère a perdu une sœur d'une maladie de poitrine. L'enfant a depuis une année des gommes et des adénopathies tuberculeuses ulcérées au-dessous du menton ; vers la même époque, s'est développé, au pouce de la main droite, un spina-ventosa ; ce doigt a été amputé à l'asile de Villepinte ; depuis un mois une affection analogue intéresse l'index de la même main ; à la même époque, a paru l'éruption de lichen.

L'enfant est de constitution moyenne ; son état général est relativement satisfaisant. Elle présente, sous le menton, une saillie arrondie, du volume d'une figue, de coloration rosée, résistante au toucher et ulcérée dans sa partie médiane ; cette saillie offre tous les caractères d'une gomme tuberculeuse : les ganglions voisins sont considérablement tuméfiés.

Le spina-ventosa occupe la première phalange de l'index ; il est exempt de complications.

L'éruption de lichen a pour sièges le tronc et les extrémités supérieures des cuisses ; elle est essentiellement constituée par des papules dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet ; leur forme est arrondie ; leur coloration varie du rouge pâle au rouge vif ; quand on les regarde de profil, on leur reconnaît un aspect luisant qui rappelle celui des papules de lichen plan ; on voit en outre que la plupart d'entre elles présentent, dans leur partie centrale, une dépression punctiforme, en rapport avec leur localisation dans les follicules pilo-sébacés. Quelques-unes sont isolées, mais la plupart sont disposées en groupes assez régulièrement circulaires dont le diamètre varie de 1 à 8 centimètres ; les grands placards sont constitués par la confluence de groupes plus petits, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de 5 francs ; quelques groupes sont disposés en séries transversales ; l'un d'eux, à la région lombaire, mesure 10 centimètres transversalement sur 2 verticalement. Dans ces groupes, les éléments sont en partie confluents, en partie séparés par des intervalles de peau saine ; un très petit nombre de papules sont surmontées par une gouttelette de pus ou par une croûtelle. Dans plusieurs plaques, le centre est indemne, sans doute par suite de la régression des éléments les plus anciens ; un certain nombre de ces éléments ne sont pas saillants et constituent de simples taches.

Les plaques sont nombreuses : on en compte 25 sur la partie antérieure du tronc ; elles sont presque toutes situées entre les mamelons et le pubis ; les membres sont presque complètement indemnes ; on voit seulement un petit nombre de papules à la partie supérieure des cuisses et trois groupes éruptifs, à caractères tout particuliers ; l'un d'eux occupe la cuisse gauche, les deux autres la jambe droite ; ces groupes méritent au plus haut degré l'attention ; les papules de lichen y sont disposées autour de cicatrices et de nodules lupiques dont elles sont manifestement l'expansion ; ces différents éléments sont, en effet, groupés de la manière suivante : au centre, on voit une cicatrice du diamètre d'une pièce de 50 centimes, à surface légèrement gaufrée ; elle s'est manifestement développée consécutivement à une altération profonde de la peau ; il s'est agi certainement d'une lésion de nature tuberculeuse, très probablement d'une gomme semblable à celle qui existe au cou ; l'on voit à sa périphérie une couronne de nodules d'un rouge sombre et légèrement saillants qui ont tous les caractères de nodules lupiques ; c'est en dehors de ces nodules que sont disséminées les taches et les saillies miliaires de lichen beaucoup plus pâles, donnant au toucher une sensation de rudesse ; elles sont tout à fait semblables aux petites taches et saillies des groupes du tronc.

Les ganglions des régions inguinales et axillaires sont légèrement tuméfiés.

Il n'y a pas de signes de tuberculose viscérale.

La malade est soumise à un traitement par l'huile de foie de morue créosotée et la solution d'arséniate de soude.

Le 26, une injection de huit gouttes d'une solution de chlorure de zinc au vingtième est pratiquée, suivant la méthode de M. Lannelongue par son élève, M. le Dr Coudray, dans le spina-ventosa.

Le 9 mars, l'éruption a manifestement rétrocédé ; les papules sont beaucoup moins volumineuses et moins colorées ; un grand nombre d'éléments ne sont plus représentés que par de simples taches.

Cette éruption présente les caractères classiques attribués par F. Hebra à son lichen scrofulosorum non compliqué; l'aspect, la forme et surtout le mode de groupement des éléments, papules et taches, sont typiques et n'appartiennent qu'à lui.

Ce lichen coïncide avec des lésions dont la nature tuberculeuse ne peut être contestée : il ne s'agit pas seulement, comme dans la plupart des cas, d'adénopathies que l'on peut rattacher à la diathèse scrofuleuse; les spina-ventosa et les gommes ulcérées du cou ont une signification beaucoup plus précise.

Mais ce qu'il y a de particulièrement intéressant chez notre malade, et que nous désirons surtout mettre en relief, c'est que la disposition des éléments éruptifs au niveau des membres inférieurs permet de considérer comme presque certaine la nature tuberculeuse des papules de ce lichen ; nous voulons parler de ces trois groupes éruptifs dans lesquels on voit, au centre, une cicatrice relativement large, décolorée, déprimée et indurée, d'origine évidemment tuberculeuse et consécutive, selon toute vraisemblance, à une gomme semblable à celles qui, actuellement, existent encore au cou, en pleine activité; elle est entourée immédiatement de nodules qui offrent tous les caractères de ceux de la tuberculose du corps papillaire et représentent l'envahissement de cette partie de la peau par les agents infectieux développés dans la tumeur gommeuse ; plus en dehors enfin, se trouve, évidemment subordonné aux lésions précédentes, le semis de papules de lichen; sa localisation autour des lésions tuberculeuses des membres est d'autant plus significative que, sauf à la partie supérieure des cuisses, ces parties sont complètement épargnées par l'éruption.

Si l'on cherche à interpréter ces faits, on arrive à conclure que, selon toute vraisemblance, un foyer tuberculeux initial s'est formé dans les couches profondes du derme ou dans le tissu cellulaire sous-jacent et a donné lieu à la grande cicatrice centrale, puis, que les agents infectieux se sont propagés de ce foyer aux parties voisines du corps papillaire qui a réagi, comme il lui appartient, par la formation de nodules lupiques, et enfin que, plus en dehors, une nouvelle localisation des bacilles ou de leurs produits a donné lieu au semis ambiant de papules de lichen; cette localisation nouvelle s'est faite dans les follicules pilo-sébacés ; l'aspect des éléments, leurs dépressions punctiformes et les résultats des biopsies pratiquées dans des cas analogues nous permettent d'affirmer qu'il en est bien réellement ainsi. Selon toute vraisemblance, ces follicules offrent, chez cette petite malade, un terrain de culture favorable aux bacilles ou un milieu

susceptible d'être influencé par les produits qu'ils engendrent; ils réagissent suivant un mode spécial, et c'est par ce mode de réaction spécial que l'on peut s'expliquer la formation de l'éruption qui caractérise le lichen scrofulosorum; cette réaction, appartenant exclusivement aux jeunes sujets, est comparable à celle qui donne lieu, chez l'adulte, à la production du lupus érythémateux. Ce n'est pas d'ailleurs seulement sous l'influence du contage tuberculeux que ces follicules réagissent suivant un mode différent des autres parties de la peau; nous en avons pour témoins les syphilides dites lichénoïdes miliaires qui ont pour sièges ces mêmes éléments, et présentent des caractères qui les différencient des autres syphilides papuleuses, et rappellent ceux du lichen scrofulosorum.

Dans ces conditions, il était indiqué de pratiquer, au point de vue de la tuberculose, l'étude histologique et bactériologique de ces éléments éruptifs; une biopsie a pu être pratiquée grâce à l'anesthésie chloroformique qu'a nécessitée l'opération du spina-ventosa; nous ne connaissons pas encore les résultats des recherches de MM. Darier et Jeanselme qui ont bien voulu se charger d'examiner à ce double point de vue le tissu morbide, mais des faits nouvellement publiés à l'étranger concordent avec le nôtre pour établir la nature tuberculeuse de ce lichen. En septembre 1891, au Congrès de Leipzig, Jacobi a déclaré, dans une communication sur cette maladie, qu'il avait trouvé les bacilles de la tuberculose dans ses papules; il a constaté en outre, que ces papules ont l'aspect typique de tubercules miliaires et que l'on y trouve des cellules rondes, des cellules épithélioïdes et des cellules géantes. D'autre part, dans une lettre adressée de Vienne aux *Monatshefte*, en septembre 1891, Arnold Sack a annoncé que les papules d'un cas de lichen scrofulosorum, observé à la policlinique de H. von Hebra, présentaient la structure de tubercules.

Les effets produits par les injections de tuberculine viennent encore à l'appui de la manière de voir qui considère comme une forme de tuberculose ce lichen scrofulosorum; d'une part, en effet, Neumann a vu ses papules disparaître chez un sujet ainsi traité; d'autre part, Schweninger et Buzzi ont vu, au contraire, une éruption de cette nature se développer chez un tuberculeux dans les jours qui ont suivi ces injections; ce dernier fait montre que le ferment soluble engendré par le bacille suffit à amener dans les follicules pilo-sébacés la réaction qui se traduit par la formation de ces papules de lichen; s'il en est ainsi, on peut n'y rencontrer que très exceptionnellement les bacilles de Koch et l'on ne saurait s'étonner que les inoculations pratiquées par M. Vidal (communication orale) et plus récemment par Jacobi n'aient donné que des résultats négatifs.

En résumé, non seulement le lichen scrofulosorum coïncide presque

constamment avec des lésions tuberculeuses, mais il résulte de notre fait que ses papules peuvent être groupées autour de foyers tuberculeux qui en sont évidemment le point de départ ; Jacobi et Sack ont constaté qu'elles présentent la structure de nodules tuberculeux ; Jacobi y a trouvé des bacilles ; Neumann a vu les injections de lymphe de Koch faire disparaître cette éruption ; Schweninger et Buzzi ont vu ces mêmes injections provoquer le développement de cette même éruption ; en conséquence, les ferments solubles de la tuberculose peuvent suffire à la produire et les inoculations doivent donner le plus souvent des résultats négatifs.

Le lichen scrofulosorum n'est donc pas, comme on a dû le penser aussi longtemps que l'on n'a pas connu les lésions caractéristiques de la tuberculose, une affection sui generis pour laquelle les scrofuleux offriraient un terrain favorable ni, comme l'a dit M. Jamieson au Congrès de Paris, un lichen circumscriptus modifié par le milieu, il est dû, comme l'a déclaré M. Besnier, à une inflammation infectieuse des follicules pilo-sébacés ; nous sommes aujourd'hui en mesure de déterminer la nature de cette infection ; il s'agit d'une localisation, chez des sujets prédisposés, de la tuberculose dans ces organes qui, sous son influence, réagissent suivant un mode spécial ; cette prédisposition paraît être très exceptionnelle et ne se rencontre que chez de jeunes sujets.

Nous ferons remarquer enfin que les différentes lésions observées chez notre petite malade mettent en relief l'influence capitale qu'exercent les localisations de la tuberculose sur la forme, les caractères cliniques et l'évolution des affections par lesquelles elle se traduit : *Chacune des parties constituantes de la peau réagit différemment sur son influence, et il en est de même, a fortiori, des autres tissus.*

Nouveau modèle de pince à épiler.

Par M. Ed. Ehlers (de Copenhague).

Ayant vu que les médecins, qui ne s'occupent qu'occasionnellement de l'épilation, se fatiguent vite et ressentent des crampes des doigts, j'ai ajouté à la pince ordinaire un volumineux manche en métal creux et par conséquent très léger quoique très volumineux, uni à la pince par une articulation qui permet de la déplacer dans toutes les directions. Le manche repose dans le creux de la paume de la main.

Le principe est le même que celui qui est mis en pratique dans le traitement de la mogigraphie, il consiste à employer des instruments

aussi volumineux que possible. Les personnes qui n'ont pas l'habitude de faire des épilations travaillent mieux avec l'instrument que j'ai l'honneur de présenter à la Société qu'avec la pince ordinaire.

Herpès végétant de la vulve simulant des plaques muqueuses,

Par M. D. Bataille.

La malade, que nous avons l'honneur de présenter à la Société, est couverte, dans toute la région ano-vulvaire, d'éléments papulo-tuberculeux qui, par leur siège, par leur forme circulaire, par leur suintement fétide, mais surtout par leur aspect végétant et hypertrophique, commandent à première vue le diagnostic de syphilomes.

Cependant, de par l'évolution de ces lésions que nous avons pu suivre dès leur apparition, nous sommes en mesure d'affirmer qu'il s'agit simplement d'ulcérations herpétiques en réparation, en un mot de *fausses plaques muqueuses*. Les preuves à l'appui ressortent de l'observation suivante.

A. N..., 18 ans, cordonnière, entrée le 20 février 1892 à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Fournier.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un anévrysme.

Mère morte d'un cancer de la langue ; sur 9 enfants (1 garçon et 8 filles) 6 morts en bas âge ; le fils, l'aînée et la plus jeune des filles (qui est notre malade) ont seuls survécu ; mais pas de fausses couches.

Antécédents personnels. — Celle-ci, âgée de 18 ans, ne présente d'ailleurs aucun stigmate de syphilis héréditaire ; les oreilles, les dents, les yeux sont sains. Aucune maladie sinon la coqueluche, aucune affection de la peau ou des organes génitaux, chancres ou blennorrhagie. Elle n'est pas sujette aux angines et n'a jamais eu d'herpès ni aux lèvres, ni à la vulve : toujours bien réglée, pas de leucorrhée.

Il y a 3 jours, le 17 février, sans prodromes, sans phénomènes réactionnels locaux ou généraux d'aucune sorte, se produit un écoulement abondant, jaune verdâtre, sentant très mauvais : cet écoulement venait du vagin. Le lendemain, 18 février, la malade est prise de frissons répétés, céphalalgie, fièvre, et surtout des crampes douloureuses dans les jambes. Le troisième jour 19 février, veille de l'entrée à l'hôpital, apparaissent les premiers boutons d'herpès à la racine de la cuisse droite, puis successivement à la vulve, à la cuisse gauche et dans le sillon anal, en même temps que l'écoulement augmente.

Le 4e jour, 20 février, elle entre à l'hôpital St-Louis, salle Henri IV : les douleurs qu'elle éprouve sont extrêmement vives, sous forme de cuissons. brûlures, sensations de feu ; à peine peut elle marcher en se traînant. On constate un *herpès monstre* intéressant toute la région ano-vulvaire.

Sur la vulve, érosions siégeant sur les grandes et petites lèvres qui sont tuméfiées : ces érosions sont assez profondes, rouges, saignantes, très douloureuses au contact, recouvertes, par places, d'un enduit diphthéroïde : dans la moitié inférieure des lèvres, elles sont confluentes ; dans la moitié supérieure elles sont isolées. L'une d'elles, située à l'union de la grande lèvre et du capuchon clitoridien à droite est remarquable par son aspect chancriforme : large comme une pièce de 0,50, elle repose sur une base de consistance dure, le fond est rouge, granuleux, les bords sont régulièrement circulaires. A la racine des cuisses, vésicules multiples, reposant sur un plateau érythémateux et œdématié, les unes isolées, d'autres groupées en bouquet, la plupart conglomérées et ouvertes les unes dans les autres, de manière à former des bulles, et même des ampoules. Celles, isolées ou en bouquet, sont petites, grosses comme un pois, très saillantes, entourées de l'aréole rouge, inflammatoire, et distendues par un liquide clair. Les conglomérées, plus volumineuses, variant d'une lentille à une pièce de 0,50, sont molles, affaissées sur elles-mêmes, ombiliquées par places et remplies de pus.

Dans le sillon interfessier et la partie avoisinante des fesses, ulcérations profondes entamant le derme, à fond grisâtre, diphthéroïdes, par places à contours sinueux, polycycliques, marqués d'un liséré rouge carmin, quelques-unes nettement circulaires et simulant des chancres mous.

A la face interne des petites lèvres, quelques vésicules grosses comme des pois, les unes intactes, les autres recouvertes d'une pellicule grisâtre, se détachant facilement et saignantes.

A l'orifice de l'urèthre, érosion rouge, léger suintement, 1 ou 2 vésicules miliaires disséminées à l'entour.

On introduit avec les plus grandes difficultés le spéculum bivalve de Ricord.

Col gros, de couleur rouge vif, lèvres boursouflées d'où s'échappe un muco-pus visqueux, présente des érosions à grand diamètre vertical s'étendant de la périphérie du col vers l'orifice central. Toutes sont recouvertes d'un enduit diphthéroïde, blanc grisâtre, frangés sur les bords, polycycliques.

Sur les parois du vagin, nombreuses vésicules et érosions, isolées, les unes intactes, les autres dénudées, érodées.

Cavité vaginale remplie d'un écoulement très abondant, visqueux, collant, jaune verdâtre, nauséabond, renfermant des pellicules épithéliales, désagrégées.

Pléiade ganglionnaire, ganglions gros, nombreux très douloureux à la pression dans les deux aines.

Gorge : sur les deux amygdales quelques vésicules ; 2 ou 3 petits ganglions sous-maxillaires du côté droit ; un peu de gonflement des organes, pas de douleur.

Les jours suivants, apparition de nouvelles vésicules en bouquet ou isolées, écoulement toujours très abondant et fétide, céphalalgie et douleurs névralgiques persistantes. Ulcérations de plus en plus nombreuses surtout dans le sillon interfessier et dans les parties avoisinantes des fesses, complètement érodées, recouvertes de morceaux d'épiderme désagrégé.

macérés, détachés par places sous formes de pellicules diphthéroïdes.

10 mars. Peu à peu les ulcérations se détergent et se réparent, mais en bourgeonnant, végétant, s'hypertrophiant de telle sorte qu'elles forment actuellement des masses saillantes papulo-tuberculeuses, de couleur rouge violacé, de consistance dure, de forme circulaire, ou en segments coupés, dont les plateaux ulcérés, granuleux, saignants, piquetés de points jaunes simulent à s'y méprendre l'aspect des ulcérations syphilitiques, des plaques muqueuses ulcérées. Or, nous le répétons, ni dans les antécédents héréditaires, ni dans les antécédents personnels de la malade, il n'est possible de trouver trace de syphilis héréditaire ou acquise. Tout au plus pourrait-on faire quelques réserves pour un accident primitif dissimulé au milieu des érosions herpétiques, en particulier pour celle que nous avons signalée, à l'union du capuchon clitoridien et de la grande lèvre du côté droit.

M. Fournier. — La présentation de M. Bataille me paraît offrir un intérêt considérable, et cela à deux points de vue, au point de vue clinique et bien plus encore au point de vue médico-légal.

Elle a trait, en effet, à des lésions que tout le monde, à première vue, prendrait pour des syphilides papulo-érosives et qui ne sont au total que de l'*herpès végétant*, de l'herpès papuleux. Je dis qu'il y a entre ces lésions et les véritables syphilides papulo-érosives non pas une analogie, mais une *identité* d'aspect qu'il faut qualifier d'absolue. Quel est celui de nous qui, n'ayant pas assisté au *début vésiculeux* de ces lésions, pourrait en reconnaître aujourd'hui l'origine et les rapporter à l'herpès? Quel est celui de nous qui, les voyant aujourd'hui pour la première fois, n'en affirmerait pas la nature syphilitique? De cela vous voyez l'importance énorme au point de vue médico-légal. J'ai eu une lésion de cet ordre à juger comme expert, tout récemment, dans une affaire criminelle ou préjugée telle, et grand a été mon embarras, je n'ai pas besoin de l'affirmer.

Ces lésions papuleuses consécutives à l'herpès et revêtant l'aspect de plaques muqueuses font partie d'un groupe, d'une série que j'étudie depuis longtemps sous le nom de *fausses plaques muqueuses*, c'est-à-dire de lésions qui, non syphilitiques d'origine, n'en revêtent pas moins, à un moment donné de leur évolution, la physionomie des syphilides muqueuses.

Ces fausses plaques muqueuses sont très communes, beaucoup plus communes qu'on ne le croit généralement. Elles dérivent d'origines très diverses. Citons comme telles, et simplement à titre de spécimen:

1° Les papules végétantes et syphiloïdes qui succèdent à des érosions vulgaires (spécialement à celles qui se produisent dans les régions à téguments adossés, comme dans le pli fessier), à l'eczéma interfessier, à l'intertrigo, etc... M. le Dr Jacquet a fort bien étudié quelques-unes de ces espèces morbides, auxquelles il a donné le nom significatif de *syphiloïdes post-érosives;*

2° Les lésions papulo-érosives qui forment la seconde étape de l'affection actuellement décrite sous le nom d'*herpès vacciniforme* des jeunes enfants ;

3° Les lésions papulo-érosives qui succèdent sur certaines régions (telles

que le scrotum, le pli interfessier, les régions génito-crurales) aux vésiculations de la *dermatite herpétiforme ;*

4° Certaines *desquamations linguales* de nature encore indéterminée ;

5° L'*hydroa buccal ;*

6° Les *verrues planes*, accidentellement érodées ;

7° Certaines *lésions ecthymateuses* qui, sous des influences diverses, se mettent à végéter et constituent de petites papules tout à fait syphiloïdes. L'*ecthyma scabieux* est de ce genre ;

8° Le *chancre syphilitique*, dont la transformation papuleuse est bien connue ;

9° Le *chancre simple* qui, en bourgeonnant, en s'exhaussant, prend quelquefois l'aspect dit caractéristique de la papule muqueuse, etc., etc...

Eh bien, ce que font tant de lésions diverses, l'herpès, lui aussi, le réalise quelquefois. Sa surface érosive se met quelquefois à bourgeonner, à végéter, à s'exhausser ; et elle constitue alors de véritables papules érosives qui simulent absolument, comme physionomie objective, la papule syphilitique. De cela vous avez un merveilleux exemple sous les yeux.

M. Barthélemy. — Ce cas si important au point de vue du diagnostic, que vient de nous montrer M. Bataille, me remet en mémoire un fait analogue que j'ai eu l'occasion d'observer dans le service de M. Fournier pendant les vacances. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte à la fin de ses règles d'une éruption herpétique vulvaire, périvulvaire et périanale, d'une violence telle que c'est bien la plus intense que j'aie jamais observée. Les vésicules, larges et nombreuses, développées presque soudainement en quelques jours avec de vives souffrances, de la fièvre et un mauvais état général, étaient devenues confluentes, puis rapidement et profondément ulcéreuses, suintantes de sérosité purulente ou recouvertes d'une couenne épaisse, grisâtre, nauséabonde.

La lésion était d'une part syphiloïde au suprême degré.

D'autre part, il y avait dans les deux aines une forte et douloureuse adénopathie disposée en chapelet. De plus, du côté droit, où la lésion herpétique était surtout prononcée, le bubon principal arriva à la suppuration et s'ouvrit largement le 8e jour de façon à donner aussi l'idée d'un phagédénisme chancrelleux. Plusieurs auto-inoculations faites aux bras restèrent négatives. D'ailleurs la marche de la lésion qui guérit très vite, relativement et presque spontanément par des lotions et des pansements antiseptiques, mais en laissant des cicatrices lisses et pigmentées, démontra l'exactitude du diagnostic d'herpès que j'avais primitivement porté au grand étonnement de l'entourage. Depuis plus de 10 ans, je n'ai pas revu de cas d'herpès aussi sévère ; l'observation n'a pas été publiée, aussi ai-je cru bien faire en la signalant à votre attention.

M. L. Jacquet. — M. Sevestre et moi avons décrit des lésions infantiles pseudo-syphilitiques de la même origine. Parrot les croyait syphilitiques et les avait dénommées *syphilides lenticulaires ;* il s'agit, en réalité, comme je l'ai démontré, d'un érythème vésiculeux dont les vésicules se rompent, laissant à nu le derme qui bourgeonne ; c'est ainsi que se produisent,

avec une très grande rapidité, des papules qui simulent une syphilide à s'y méprendre.

Ulcères de jambes méta-typhiques.

Par M. le professeur FOURNIER.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter n'est pas, de ma part, l'objet d'un diagnostic ferme, je n'émets sur lui qu'un diagnostic réservé, sujet à révision, et sur lequel je sollicite vos critiques.

Cet homme est affecté, comme vous le voyez, d'ulcérations multiples et considérables qui ont occupé, lors de leur plein développement, les deux jambes dans presque toute leur hauteur et toute leur circonférence ; la plupart sont cicatrisées, mais il persiste cependant encore une énorme bande ulcérée que l'on retrouve à peu près symétriquement sur les deux jambes.

L'origine de ces lésions remonte à 14 mois ; à la vérité, le malade ne s'est que peu traité pendant ce temps, à part un séjour de deux mois qu'il a fait dans un hôpital.

Le problème à résoudre est le suivant: Quelle est la nature de ces ulcérations ?

En toute évidence, il ne saurait s'agir d'ulcérations variqueuses, et cela pour des raisons multiples que je n'ai pas à énumérer ; ce diagnostic ne fait même pas question. Le malade, d'ailleurs, ne présente pas de varices apparentes.

Le diagnostic auquel tout le monde serait porté de visu est celui d'ulcérations tertiaires; mais, d'une part, le malade nie absolument tout antécédent syphilitique, et d'autre part nous ne rencontrons sur lui aucun stigmate de syphilis. Une syphilis héréditaire tardive n'est pas plus admissible comme cause de ces lésions, car nous n'avons trouvé chez le malade longuement examiné à ce point de vue aucun antécédent, aucun vestige d'hérédité spécifique.

Nulle cause extérieure, nul traumatisme notamment, n'a préludé à ces ulcérations.

En sorte qu'après avoir épuisé toutes les sources étiologiques rationnelles, une seule nous paraît acceptable, et celle-ci nous est tout naturellement indiquée par les conditions dans lesquelles se sont produits ces ulcères : ils ont commencé à poindre dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, et, très exactement, une quinzaine après le jour où le malade a commencé à mettre pied à terre après trois mois de séjour au lit environ. A ce moment, au dire du malade, les deux jambes ont « gonflé » considérablement, puis des rougeurs se seraient produites, et ces rougeurs se seraient excoriées sans production de bulles, se seraient étendues et auraient déterminé les lésions actuelles.

Il nous semble donc rationnel d'admettre que la fièvre typhoïde a pu servir de cause, soit directe, soit plutôt indirecte à la genèse de ces ulcères.

Est-ce là un accident typhique à proprement parler, dérivant à sa droite ligne de l'infection typhique ? Nous ne saurions le dire, et cela nous paraît peu probable.

Il est plus légitime de croire qu'il s'agit simplement d'une ulcération méta-typhique, c'est-à-dire ayant succédé à la fièvre typhoïde, s'étant produite immédiatement dans la convalescence de cette fièvre, et sous l'influence probable d'une atteinte grave portée à l'économie, soit par l'infection typhique elle-même, soit par la dérioration de l'organisme, la dénutrition consécutive à une infection violente et à un séjour très prolongé au lit.

Au reste, les différents détails afférents à ce cas curieux se trouvent consignés dans l'observation suivante recueillie par M. Hudelo :

Le nommé H... E., âgé de 24 ans, cocher d'omnibus, entre le 6 février 1892, dans le service de M. le professeur Fournier.

Les antécédents de famille du malade ne présentent rien de spécial : le père, âgé de 51 ans, bien portant, n'a jamais eu d'éruption ; la mère est bronchitique ; une sœur est morte à 15 ans, de variole hémorrhagique ; un frère de 32 ans, bien portant, a eu en 1883, une fièvre typhoïde grave, à la suite de laquelle il a présenté sur une jambe une ulcératton qui dura 2 mois et qui semble avoir succédé à l'application trop prolongée d'un sinapisme ; une sœur, de 29 ans, a été soignée l'an dernier à l'hôpital St-Louis par des cautérisations ignées pour un lupus de la face ; une autre sœur est bien portante. La mère du malade n'a jamais fait de fausse couche, et tous ses enfants sont nés à terme.

Le malade a toujours joui d'une bonne santé, sauf à l'âge de 3 ou 4 ans une variole (?) qui n'a laissé aucune cicatrice, et, vers 10 ans, des maux d'yeux qui ont duré 3 ou 4 mois et ont guéri sans laisser de trace. Aucun antécédent de syphilis acquise avoué, ni constatable. Nul antécédent, nul stigmate de syphilis héréditaire.

En octobre 1890, H... contracte la fièvre typhoïde : soigné à l'hôpital Tenon par M. Muselier, il reste dans le service jusqu'au 31 décembre ; la maladie paraît avoir été grave (délire, fièvre intense, bronchite et pleurésie sèche, eschare sacrée). Il part à Vincennes le 31 décembre 1890, complètement guéri, mais avec les jambes enflées comme des « poteaux » depuis quelques jours. (On examine à ce moment son cœur, ses urines, et on ne constate rien d'anormal).

Les lésions actuelles ont débuté vers le milieu de janvier 1891, à Vincennes, par de petites plaques, larges comme des pièces de 1 franc, non saillantes, d'un rouge ecchymotique, survenues spontanément, sans traumatisme ; le malade eut d'abord 5 à 6 plaques semblables à la partie inférieure de chaque jambe : au bout de 3 ou 4 jours, elles s'ulcérèrent ; pansées au diachylum, elles ne cicatrisèrent pas.

H... reprend son travail en février 1891, et, dès lors, les ulcérations pri-

mitives s'étendirent progressivement malgré des pansements journaliers à l'eau phéniquée.

En septembre 1891, le malade se décide à entrer à l'hôpital Beaujon, et fait un séjour de 2 mois dans le service de M. Anger, où il est pansé à la liqueur de Van Swieten et au salol ; un certain nombre d'ulcérations guérissent alors complètement.

Quand il reprend son travail, le processus ulcératif reprend lui-même ; c'est en raison des douleurs vives qu'il éprouve depuis quelques jours que le malade se décide à rentrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate sur lui des lésions occupant presque symétriquement les deux jambes, surtout dans leur moitié inférieure ; un certain nombre de lésions sont, dès aujourd'hui, pleinement cicatrisées ; c'est ainsi, qu'à la jambe gauche, vers son 1/3 supérieur et à sa partie postérieure, on voit deux cicatrices circulaires, du diamètre d'une pièce de 2 francs, à pourtour pigmenté brunâtre, à centre plus pâle, un peu nacré et gaufré, d'aspect syphiloïde ; en dehors de ces deux cicatrices on en trouve deux autres plus petites. A la partie supérieure et externe de la jambe droite se voit une cicatrice d'un rouge brunâtre et du diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Outre ces cicatrices, on constate sur chaque jambe :

1° Une grande ulcération, occupant toutes les faces externe, antérieure et interne, dans le 1/3 inférieur du membre ; cette grande ulcération présente, sur chaque jambe, un contour polycyclique qui montre nettement qu'elle est formée de l'agrégation d'éléments arrondis. Les bords sont entamés, un peu épaissis ; le fond est grisâtre, recouvert d'un liquide puriforme, un peu fétide ; il est tomenteux, faiblement excavé, non bourbilloneux.

2° Un certain nombre d'ulcérations circulaires, de diamètre variable, disséminées autour de l'ulcération principale et ayant les mêmes caractères objectifs.

Les pieds sont respectés.

Le malade est traité par le repos au lit, des pulvérisations et des applications de compresses boriquées.

En quelques jours, les grandes ulcérations se détergent et deviennent beaucoup moins douloureuses ; la suppuration disparaît, et le fond devient rougeâtre, granuleux. Les ulcérations périphériques bourgeonnent, et l'épidermisation nouvelle, des plus nettes, rétrécit leur diamètre de plus de moitié après 15 jours de traitement.

Dès lors, toutes les ulcérations tendent à la cicatrisation progressive.

Aujourd'hui, après un mois de séjour à l'hôpital, les douleurs ont entièrement disparu, bien que le malade se lève toute la journée ; les ulcérations périphériques sont presque toutes cicatrisées ; les ulcérations principales sont réduites à deux bandes transversales, longues de 13 à 14 centimètres hautes de 4 à 5, à fond rouge granuleux, sur les bords desquelles l'épiderme nouveau gagne chaque jour.

Aucun traitement spécifique n'a été donné au malade ; les compresses boriquées ont été continuées jusqu'à ce jour.

Herpès fébrile ou zona double.

Par MM. H. Hallopeau et Jean Barrié.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un malade chez lequel on peut discuter les diagnostics d'herpès fébrile et de zona double.

L'éruption, caractérisée par de petits groupes de vésicules transparentes, est bilatérale, mais siège surtout sur le côté droit de la face où elle occupe l'oreille, la région malaire, la paupière supérieure, le nez, la lèvre supérieure et la lèvre inférieure, au niveau du trou mentonnier. L'œil droit est rouge, atteint de conjonctivite ; il y existe une petite ulcération de la cornée. Sur le côté gauche, on ne constate que deux petits groupes de vésicules siègeant au niveau de la région malaire et sur la joue. Cette éruption a été précédée de douleurs intenses dans la tête qui persistent encore, et aussi de courbature générale, de frissons et de fièvre. Il n'y a pas d'anesthésie.

La distribution de l'éruption suivant les trajets nerveux, l'existence de troubles oculaires coïncidant, d'après la loi de Hutchinson, avec les lésions du filet nasal, les douleurs du début précédant l'apparition des vésicules sont en faveur du zona. Mais l'éruption est bilatérale et, en l'observant de près, on voit que ce n'est pas la seule anomalie qu'elle présente : 1° Elle porte sur les 3 branches du trijumeau tandis que le zona facial n'en intéresse généralement qu'une, l'ophthalmique, rarement 2 et jamais les 3 en même temps ; 2° Elle a été précédée de frissons, de fièvre et de troubles gastriques ; ces phénomènes ont persisté pendant deux jours avant l'apparition des boutons, fait très exceptionnel dans le zona ; 3° Enfin, en remontant dans les antécédents du malade, on apprend qu'il a déjà eu plusieurs poussées d'herpès, discrètes il est vrai, siégeant, soit à la lèvre, soit à l'oreille droite, soit au nez. Il est donc très probable qu'il s'agit ici d'un herpès fébrile ; la localisation suivant le trajet des branches du trijumeau ne doit pas faire éliminer ce diagnostic, car elle a été signalée maintes fois dans cette affection ; elle indique seulement que les lésions s'y produisent, comme dans le zona, par l'intermédiaire d'un trouble tropho-névrotique.

Du reste, les observations de zona double, presque toutes réunies dans la thèse de Testut, sont loin d'être incontestables. La fièvre, les frissons y sont signalés comme des symptômes constants ; plusieurs fois on y note des récidives, de sorte qu'au moins dans la plupart des cas le diagnostic d'herpès fébrile peut être soutenu.

M. G. Thibierge. — En dehors des caractères qui ont été relevés par

MM. Hallopeau et Barrié, il en est un qui me semble venir à l'appui du diagnostic d'herpès fébrile, c'est l'intégrité de la partie supérieure du front et de la partie antérieure du cuir chevelu, qui sont à peu près constamment atteintes dans le zona ophthalmique. L'évolution ultérieure pourra permettre une différenciation absolue, car si l'on ne voit pas persister de cicatrices avec anesthésie cutanée, on pourra éliminer le zona. Je crois que, si on avait poussé plus loin l'observation des faits désignés sous le zona double et si on y avait cherché cette caractéristique du zoster, le nombre de ces cas, presque tous plus ou moins contestables pour des raisons diverses, serait considérablement réduit. Ici, d'ailleurs, ce ne serait plus un zona double mais un zona quadruple, car les groupes de vésicules correspondent aux territoires des 3 branches du trijumeau du côté droit et de la branche maxillaire supérieure du trijumeau gauche.

Un cas d'hystéro-syphilis,

Par M. DJÉLALEDDIN MOUKHTAR (de Constantinople).

Il s'agit d'un homme âgé de 27 ans, cantonnier de la ville, entré le 8 janvier 1892, dans le service de notre maître, M. le professeur Fournier, pour des accidents syphilitiques.

Antécédents héréditaires. — Le père avait contracté la syphilis à l'âge de 28 ans ; il est mort à l'âge de 68 ans d'une néphrite. Il n'aurait jamais présenté d'accidents nerveux.

La mère était atteinte de maladie du cœur, elle n'aurait rien présenté du côté du système nerveux non plus que les trois frères du malade ; elle avait eu une fausse couche de six mois.

Antécédents personnels. — Notre malade n'aurait jamais présenté d'accidents nerveux avant d'avoir contracté la vérole ; tout ce que nous avons pu découvrir dans ses antécédents est que, lorsqu'il se mettait en colère ce qui lui arrivait d'ailleurs rarement (une fois par an au plus), il se sentait la poitrine serrée et devenait incapable de parler pendant quelques instants.

Histoire de la maladie. — Il eut des rapports, quoique marié, avec une femme qu'il ne connaissait pas, vers les premiers jours du mois d'août 1891 ; au commencement de septembre il aperçut un bouton sur le fourreau de la verge, à la suite duquel apparurent une roséole, une céphalalgie nocturne très intense, de l'angine et la chute des cheveux.

Il n'aurait pris comme traitement que 16 pilules de protoiodure de mercure jusqu'au 8 janvier 1892, jour de son entrée à l'hôpital ; à ce moment on constata la cicatrice du chancre, la roséole en voie de disparition, des plaques muqueuses à la bouche et à l'anus, des syphilides papuleuses, en petit nombre, sur le corps, des croûtes dans le cuir chevelu et de nombreuses périostoses des deux tibias.

Au bout de quelques jours on s'aperçut de l'existence de symptômes nerveux. Le symptôme le plus frappant est l'anesthésie ; la sensibilité à la douleur est abolie ou diminuée symétriquement sur toute la surface du

corps, sauf la plante et le dos du pied, la paume de la main (le dos de la main est complètement insensible à ce point que le malade s'est brûlé au poêle sans le sentir), la partie postéro-interne de la cuisse, les fesses, le scrotum, la verge, la partie inférieure de l'abdomen et une bande étroite partant de la pointe du sternum venant se perdre au niveau de l'ombilic dans la partie précédemment indiquée de l'abdomen.

La sensibilité au tact et à la température sont conservées.

La sensibilité à la douleur de la langue est supprimée ainsi que le goût.

L'odorat est affaibli ; l'ouïe est presque complètement abolie à gauche, légèrement diminuée à droite.

Il y a un léger rétrécissement du champ visuel des deux côtés, plus marqué à droite qu'à gauche.

Le malade ne dort pas bien et il a des cauchemars. Algidité périphérique.

Sorti le 20 février 1892, nous le revoyons aujourd'hui 10 mars ; il s'est traité dans l'intervalle, il dort bien maintenant, les périostoses persistent, les autres symptômes syphilitiques se sont amendés ; l'anesthésie est un peu moins marquée, mais elle continue à exister.

Telle est en quelques mots l'histoire du malade que j'ai l'honneur de vous présenter, les accidents syphilitiques sont manifestes ; quant aux accidents nerveux dont les plus frappants sont l'anesthésie presque généralisée, symétrique et le double rétrécissement du champ visuel, ils ne peuvent évidemment être attribués qu'à l'hystérie.

Le rapport qui lie cette hystérie aux accidents syphilitiques est non moins évident, l'anesthésie ne s'est développée qu'après l'apparition des accidents secondaires : le malade, quelques mois avant d'entrer à l'hôpital, s'était piqué plusieurs fois, j'insiste sur ce point, et il a parfaitement senti la douleur comme il nous l'a dit. Il nous paraît donc logique d'attribuer à la syphilis l'origine de ces accidents hystériques, comme l'enseigne notre éminent maître M. le professeur Fournier.

Un cas d'œdème bleu hystérique

Par M. Georges Thibierge.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteint d'un syndrome hystérique déjà signalé par Sydenham, mais surtout bien connu des neuropathologistes depuis que M. Charcot en a individualisé l'existence sous la désignation expressive *d'œdème bleu hystérique*.

C'est un homme âgé de 28 ans, exerçant la profession de cuisinier, dont l'observation a déjà été publiée par M. Raymond (*Bull. Société médicale*

des hôpitaux, 1888), puis par son élève M. Trintignan (De l'œdème hystérique. *Thèse de Paris*, avril 1890), enfin par M. Boix. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, janvier 1891, p. 65). Il a été à plusieurs reprises admis dans un grand nombre de services hospitaliers de Paris, entre autres dans ceux de M. le professeur Debove, de M. P. Marie, de M. A. Mathieu, de M. Netter. Je l'observe actuellement pour la seconde fois : je l'avais déjà eu quelques jours, au mois d'avril dernier, à l'hôpital temporaire de Clignancourt, et, l'ayant retrouvé ces jours derniers à la consultation du Bureau central, je l'ai fait admettre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Ed. Labbé qui a bien voulu m'autoriser à le présenter à la Société.

Je n'ai pas l'intention de reproduire son observation, que M. Boix a remarquablement exposée dans l'Iconographie de la Salpêtrière et qui présente d'ailleurs quelques lacunes et quelques incertitudes, en raison des réticences du malade et de son habitude, inconsciente peut-être, mais incontestable, de tromper les médecins qui l'observent.

Il me suffira de faire remarquer l'aspect extérieur de la main droite de ce malade, tuméfiée à l'extrême, tant sur le dos de la main qu'au niveau des doigts qui représentent de véritables boudins ; en même temps que cette tuméfaction qui se laisse déprimer par une pression énergique, la main présente une coloration variant, suivant ses différents points, du rouge au violacé ou au bleuâtre ; elle est lisse, comme vernissée, elle est en outre le siège d'un refroidissement considérable qui, à certains moments, atteint 8 et 9°.

Cet aspect diffère profondément de celui des diverses formes d'asphyxie des extrémités, qui sont d'ailleurs bilatérales ; il diffère également de celui des divers troubles trophiques des extrémités, que l'on observe dans la syringomyélie ou dans la sclérodactylie, par la superficialité même des lésions qui, si considérables qu'elles soient en apparence, sont cependant susceptibles de disparaître complètement et, qui plus est, de disparaître rapidement, ainsi qu'il est arrivé à ce malade dans ses attaques antérieures d'œdème.

Ces troubles vasculaires coexistent avec une contracture des muscles fléchisseurs de la main, se traduisant par la raideur du poignet immobilisé dans la flexion.

A ces caractères, il est facile de reconnaître l'œdème bleu hystérique, dont l'aspect est tellement spécial et tellement uniforme qu'il ne ressemble à aucun autre état morbide et qu'il suffit d'avoir lu la description qu'en a donnée M. Charcot pour le reconnaître à première vue et à distance.

D'ailleurs, en outre de la contracture qui vient pour ainsi dire apporter la signature de l'hystérie, on constate chez cet homme une série très complète de stigmates de la grande névrose : c'est d'abord une légère hémianesthésie droite, avec anesthésie absolue de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras, une légère diminution de l'acuité auditive de ce même côté, une anesthésie absolue du voile du palais et du pharynx, puis des troubles visuels très marqués.

Ces troubles, que M. Rochon-Duvignaud, interne très distingué des hôpitaux et chef du laboratoire de M. le professeur Panas, a bien voulu

étudier sur ma demande, consistent dans une diminution considérable de l'acuité visuelle de l'œil droit, acuité qui se modifie d'une façon constante, comme se voit dans les troubles visuels ne se rattachant pas à une lésion anatomique; habituellement, on constate à droite V = 1/8, tandis qu'à gauche l'acuité visuelle est normale.

A gauche, l'étendue du champ visuel pour le blanc doit être considérée comme normale. La fatigue rétinienne ne se produit pas rapidement. Cependant, après l'examen du champ visuel des couleurs, M. Rochon-Duvignaud a pu constater un certain rétrécissement pour le blanc, dû évidemment à la fatigue.

La limite du champ visuel des couleurs, examinée rapidement du côté externe s'est montrée d'abord normale (pour le rouge et le vert); puis un rétrécissement, dû évidemment à la fatigue, s'est manifesté.

L'œil droit présente un rétrécissement concentrique très marqué pour le blanc, rétrécissement qui a d'autant plus de valeur au point de vue du diagnostic, qu'il s'est montré immédiatement, d'emblée, et sans que rien fût venu provoquer la fatigue rétinienne.

Les champs visuels du rouge et du vert se sont montrés d'emblée rétrécis par rapport aux champs des mêmes couleurs constatés pour la rétine du côté opposé.

En outre, phénomène encore manifestement hystérique, le malade est affecté d'un clignotement très rapide, variable suivant les moments.

Enfin, faits qui ne sont pas consignés dans les relations précédentes de l'observation de ce malade, la sensibilité spéciale des testicules a presque complètement disparu des deux côtés, et le réflexe crémastérien, normal ou même un peu exagéré à gauche, est à peu près entièrement aboli à droite.

Tout cet ensemble de caractères suffit à affirmer l'existence de l'hystérie chez cet homme, encore bien qu'il n'ait jamais jusqu'ici été atteint d'attaques d'hystérie convulsive et que, parmi les manifestations de cet ordre, il n'ait eu que de légers étourdissements précédant de quelques jours, dit-il, les poussées d'œdème bleu.

Trichophytie de la plante du pied datant de 6 ans et simulant la syphilis,

Par M. Djélaleddin Moukhtar (de Constantinople).

J'ai présenté, à l'une des précédentes séances de la Société, le 28 janvier 1892, deux observations de trichophytie de régions à épiderme corné épais. Voici un autre cas qui dure depuis six ans et quoique soumis à des traitements divers et entre autres au traitement antisyphilitique, n'en reste pas moins des plus typiques.

La malade est venue, le 18 février 1892, à la consultation externe de M. le Dr Besnier. Notre éminent maître a bien voulu nous permettre de la présenter à la Société.

Eugénie N..., âgée de 46 ans, mécanicienne, de constitution bonne, de tempérament nerveux. Les antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien qui mérite d'être rapporté. Elle n'a pas eu la syphilis. Elle a eu des pertes blanches.

La maladie aurait débuté il y a six ans, par l'apparition d'un bouton sur la face dorsale du gros orteil gauche, et la lésion aurait évolué quatre années avant d'envahir la plante du pied. Elle a atteint successivement tous les orteils, les espaces interdigitaux et les faces latérales et plantaire des orteils, quoique l'envahissement soit allé jusqu'aux racines des ongles, ceux-ci sont resté indemnes.

Après avoir consulté en ville plusieurs médecins, qui lui auraient donné de l'iodure de potassium, elle entre dans un service de l'hôpital St-Louis le 21 novembre 1890, elle y aurait été soumise dès la première semaine au traitement antisyphilitique consistant dans l'administration de 2 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur, un bain tous les deux jours, repos au lit et application d'emplâtre de Vigo sur la lésion, qui n'existait plus qu'au niveau de l'arcade plantaire. Pendant son séjour, elle aurait eu une éruption prurigineuse de peu de durée, sur les mains et la figure.

Elle quitte, le 23 décembre, l'hôpital très améliorée, mais non guérie. Elle continue à prendre régulièrement deux grammes d'iodure de potassium par jour pendant six mois, puis l'iodure cesse d'être toléré. La malade, ayant remarqué que le repos seul amenait de l'amélioration, tandis que chaque fois qu'elle marchait ou travaillait à la machine à coudre, sa maladie s'aggravait, n'a plus voulu reprendre d'iodure.

La malade rentre le 5 mars 1892 dans le service de M. Besnier, et occupe le lit n° 37 de la salle Alibert.

A ce moment, elle présente seulement sur la partie antérieure de la plante du pied gauche, une série de plaques entourées d'un soulèvement épidermique ; la plus grande des plaques est située sur le talon antérieur, c'est-à-dire sur la peau qui recouvre l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil; elle a donc une forme bilobée et un contour largement polycyclique ; le grand lobe mesure 4 centimètres de long sur 2 centimètres de large. Cette plaque résulte manifestement de la confluence de 3 plaques principales encore séparées par des étranglements très étroits Sur la partie antéro-externe de la plante se voient quatre plaques de moyenne grandeur, ayant chacune environ un centimètre de diamètre, irrégulièrement arrondies ou ovalaires.

La surface de quelques-unes de ces plaques est recouverte de larges lamelles épidermiques qui s'enlèvent assez facilement. Le derme est souple et n'est pas infiltré.

Vers le sillon qui sépare la plante du pied du gros orteil on trouve, loin des grandes plaques, des éléments tout petits qui ont pu passer inaperçus dans des cas analogues, ils ont pourtant une grande importance puisqu'ils représentent, à ce que nous pensons, la lésion à son début, ils sont même plus précieux pour le diagnostic que les éléments plus avancés.

(L'examen microscopique montre aussi bien dans les squames du centre de la lésion que dans des fragments de la collerette surtout à sa face profonde, des filaments très nombreux de mycélium et des spores en groupes, ayant tous les caractères du trichophyton.)

L'évolution, d'après les différents stades qu'on constate dans ce cas et dans ceux publiés précédemment, paraît être la suivante :

Une vésicule de la grandeur d'une lentille apparaît sous l'épiderme, d'apparence sain ; elle peut être parfois toute petite comme une tête d'épingle — comme on voyait le 6 mars chez cette malade, — elle contient un liquide clair, elle se dessèche en 1 ou 2 jours, et il reste à sa place une macule brunâtre ; plus tard on voit une tache blanchâtre où l'épiderme se fendille, se désagrège et tombe par places ; à ce stade on voit une petite plaque sans aréole congestive entourée d'une bordure épidermique, et reposant sur le derme qui paraît être sain.

L'envahissement de la trichophytie ne se fait donc pas uniquement par la formation et la dessiccation des vésicules à la périphérie d'une plaque mère, qu'elles élargissent, mais aussi par la dissémination de vésicules isolées qui propagent la trichophytie en formant de nouvelles plaques.

Dans le cas actuel, se trouvent précisément réunis des éléments présentant les divers aspects que nous venons de décrire, qui donnent à la lésion un aspect clinique assez particulier pour qu'on ne puisse pas la confondre avec des lésions de ces régions, notamment avec des syphilides (1).

Nous allons donc essayer, à propos de ce cas, d'esquisser les traits principaux d'un diagnostic différentiel de la trichophytie des régions palmaires et plantaires.

Ce diagnostic doit être envisagé à deux périodes : 1° au début alors qu'il n'y a encore que des vésicules ; 2° quand il y a déjà, outre les vésicules, des plaques à collerette épidermique.

1° Au début, s'il y a de nombreuses vésicules trichophytiques, le diagnostic avec la dysidrose peut être très difficile, attendu qu'on ne trouve pas de caractères pour différencier les vésicules de ces maladies.

Dans la dysidrose, les vésicules sont souvent plus nombreuses, de plus elles occupent généralement les deux mains ou les deux pieds, et sont précédées de cuisson, de prurit et même de douleurs, tandis que les vésicules de la trichophytie ne sont que peu prurigineuses. Quand les vésicules se rompent, il est encore malaisé d'établir le diagnostic différentiel ; la bilatéralité et la multiplicité des éléments peuvent y aider ; mais il ne faut pas oublier pourtant que la trichophytie peut, elle aussi, être bilatérale.

Mais surtout on ne verra pas une vésicule dysidrosique prendre un accroissement excentrique progressif par l'éclosion de vésicules périphériques nouvelles. Enfin la dysidrose est une maladie à évolution très longue qui se reproduit plusieurs années de suite avec des périodes intermédiaires de guérison spontanée complète.

Les considérations dans lesquelles je viens d'entrer sont insuffi-

(1) Ces états divers ont été reproduits sur moulage par M. Baretta avec son talent habituel (Collection générale du Musée, n° 1657).

santes, comme on le voit, pour établir à cette période, sans le secours du microscope, un diagnostic certain.

Il n'en est plus de même, pensons-nous, à la période suivante, à laquelle il devient facile d'établir la nature de l'affection.

2° En effet, à la seconde période, alors qu'existent déjà des plaques à collerettes, voici quel est l'aspect de la trichophytie palmaire ou plantaire. L'épiderme corné est tombé dans toute l'étendue de la plaque, et on voit à sa place une surface lisse ou ridée, desquamative ou lamelleuse, de couleur rouge plus ou moins clair, recouverte d'un épiderme caduc très mince, elle repose dans toute son étendue sur un derme qui paraît sain, non enflammé, non épaissi et souple, elle est entourée d'épiderme corné, décollé, formant une collerette habituellement large et épaisse.

En dehors de cette collerette cornée, se trouve assez souvent une zone érythémateuse bien limitée, rouge jaunâtre ou cuivrée, ou simplement jaunâtre, qui s'élargit et devient souvent prurigineuse avant chaque poussée ; sur, ou un peu en dehors de cette zone apparaissent les vésicules, elles sont parfois grosses comme de petites lentilles, ou petites comme une tête d'épingle, elles sont peu saillantes, quoique en passant les doigts, on puisse sentir qu'elles sont dures, elles sont peu ou pas brillantes. Le liquide qu'elles contiennent est généralement clair citrin. La zone érythémateuse s'efface au fur et à mesure qu'elles apparaissent. Leur nombre est plus ou moins grand selon les poussées.

En face d'une lésion pareille, il se peut que, sans même recourir à l'examen microscopique, avec les caractères objectifs seuls, on puisse faire le diagnostic de la trichophytie.

Mais ces vésicules ont une durée très éphémère, elles disparaissent vite, en laissant à leur place une macule brunâtre qu'on voit par transparence sous l'épiderme corné, cet épiderme se décolle et contribue à élargir la collerette épidermique déjà existante. Cette plaque ressemble alors soit à une bulle de pemphigus crevée et desséchée, soit à une phlyctène de brûlure dans le même état. En questionnant bien les malades, on saura qu'il ne s'agit pas d'une de ces lésions.

C'est de même l'interrogatoire qui permettra d'emblée d'éliminer l'idée d'un eczéma professionnel quand la lésion siège aux mains. Celui-ci est d'ailleurs presque toujours bilatéral.

Quelquefois de fines vésicules, ressemblant tout à fait à celles de l'eczéma, apparaissent dans l'aire même de la lésion, mais l'existence de la collerette épidermique et l'absence presque complète de démangeaison au centre, et l'apparition à la périphérie d'un léger prurit avant les poussées, ne permettra pas de s'arrêter à ce diagnostic.

Dans certains cas, notamment dans les cas chroniques comme celui de cette malade, où l'affection dure depuis quelque temps, il sera

possible de rencontrer, assez loin des grandes plaques, des vésicules, des vestiges de vésicules et de toutes petites plaques. La réunion de ces différents éléments nous paraît être d'une importance capitale pour le diagnostic. Si le polymorphisme fait défaut, les particularités des grandes plaques seront suffisamment remarquables pour faire soupçonner le diagnostic auquel le microscope viendra donner une confirmation scientifique absolue.

Mais le point important de l'histoire de la trichophytie de la paume des mains et de la plante des pieds est sa grande ressemblance, dans quelques cas, avec les syphilides de ces mêmes régions. Le diagnostic différentiel entre la trichophytie et les syphilides n'a pas été fait jusqu'aujourd'hui, je tenterai maintenant de distinguer ces deux maladies l'une de l'autre :

Si la trichophytie de la paume de la main et de la plante du pied, par la netteté et la circination de ses bords, l'absence presque complète de démangeaison, par sa durée et même par sa couleur, prend en grande partie les caractères des syphilides de ces régions, elle s'en différencie par la souplesse du derme sous-jacent qui n'a pas la rénitence et l'infiltration néoplasique habituelle dans les syphilides et quelquefois par l'épaisseur et la largeur de la collerette épidermique qui l'entoure. Enfin les syphilides palmaires ou plantaires, surtout si elles appartiennent à une syphilis jeune, sont fréquemment bilatérales, ce qui est assez rarement le cas de la trichophytie.

Jamais dans le psoriasis palmaire ou plantaire syphilitique, il ne se produit de vésicules ; aussi une observation attentive des lésions, prolongée au besoin pendant quelques jours, permettra-t-elle un diagnostic ferme en faveur de la trichophytie, même sans examen microscopique, si l'on voit survenir une vésiculation à la périphérie ou autour des plaques suspectes.

En résumé, le diagnostic différentiel de la trichophytie palmaire et plantaire d'avec les affections de ces mêmes régions dues à la dysidrose, à l'eczéma, au pemphigus, à la syphilis, etc., repose surtout sur la présence simultanée, au cas de trichophytie, d'éléments divers qui représentent les différents stades de l'évolution de la maladie (vésicules, macules, petites plaques, grandes plaques circinées, à collerette) (1) ou mieux sur la présence d'une plaque avec des vésicules à sa périphérie.

(1) Lorsque nous avons publié nos premières observations (28 janvier 1892) nous n'avions pas eu le temps de faire des recherches bibliographiques pour savoir s'il en existait de semblables dans la science ; depuis lors nous avons eu connaissance de diverses observations publiées antérieurement. Le premier cas signalé est celui de M. Tilbury Fox (*British Med. Journal*, 1870) vient ensuite, croyons-nous, le très intéressant travail de M. le Prof. C. Pellizzari (Ricerche sul Trichophyton tonsurans, in *Giornale italiano delle mal. ven. e della pelle*. 1888) qui contient 2 observa-

En outre, à ce caractère clinique s'en ajoute un autre d'une valeur absolue : la présence du mycélium et des spores du trichophyton dans les lamelles épidermiques, dont la recherche m'a paru facile dans tous les cas à cause de la grande abondance du parasite dans ces régions.

Note additionnelle.

Dans un travail en cours de publication, dû à MM. Arnozan et Dubreuilh, intitulé « *De la trichophytie des mains et des ongles* », nous trouvons plusieurs observations intéressantes de trichophytie cutanée. Nous ne les avions pas citées plus haut, le journal qui les contient (*Archives cliniques de Bordeaux*) bien que portant la date de janvier 1892, n'ayant paru que le lendemain du jour où nous avons fait à la Société de dermatologie la présente communication.

M. Barthélemy. — Les cas de *trichophytie plantaire* que nous a montrés dans la séance précédente et dans celle-ci M. Djelaleddin-Moukhtar me paraissent, au point de vue pratique, sinon être une révélation, du moins avoir une importance capitale. L'observateur nous a dit que son dernier cas avait été traité dans cet hôpital même pour une syphilide. Permettez-moi de vous présenter une pièce du Musée qui prouve de ma part une toute semblable erreur. Cette pièce faite par M. Jumelin (nº 420 de la collection particulière de M. Fournier) est fort remarquable à cause de la représentation exacte des lésions circinées de la jambe et d'autres petites lésions papuloïdes vésiculeuses presque toutes desséchées et entourées d'une collerette épidermique, le tout aboutissant à une large lésion plantaire à bords semi-cerclés, au centre desquamé, rougeâtre ou violacé.

La malade (V..., Catherine, âgée de 74 ans, salle St-Thomas, lit nº 32, 23 août 1880) ne portait sur le corps aucune trace de syphilis ; de plus elle niait toute maladie antérieure. Ayant éliminé le psoriasis, l'eczéma et les diverses maladies habituelles ou possibles dans cette région et, avec cette apparence symptomatologique, j'étais arrivé et resté, mais sans

tions et la mention de 5 autres cas. Enfin, l'observation présentée à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, dans sa séance du 20 janvier 1891, par M. Dubreuilh.

Mais dans toutes les observations publiées, l'affection ne siégeait pas uniquement aux régions plantaires et palmaires (sauf dans 2 cas, que M. Pellizari dit avoir vus, sans donner plus de détails — et encore, dans ces cas, les ongles étaient pris, paraît-il). Le diagnostic a donc pu être fait par cette coïncidence et ne pouvait présenter de difficultés comme dans le cas présent : ce sont d'ailleurs des faits d'observation courante et bien connus à l'hôpital Saint-Louis.

Nous devons mentionner également ici les faits qui ont été publiés par M. Mansouroff (Atlas international des maladies rares de la peau. 1891) et qui, ainsi que l'ont établi MM. Vidal et Darier, à la dernière séance de la Société, doivent être rapportés à la trichophytie, malgré l'opinion contraire émise par l'auteur.

satisfaction, au diagnostic de syphilides tuberculeuses plates, sèches, circinées que porte encore le moulage. Mes réserves étaient telles cependant que je n'avais pas prescrit le traitement interne et que je m'étais contenté de lotionner, matin et soir, et de panser avec des compresses imbibées d'une solution de sublimé à 1 gr. pour 300 gr. d'eau. Au bout de deux mois, la guérison était à peu près complète. Je m'étais permis de faire faire le moulage en l'absence de M. Fournier parce que j'avais jugé le cas exceptionnel et que je désirais le soumettre ultérieurement à l'appréciation de nos maîtres, qui n'ayant plus la malade sous les yeux à leur retour, n'ont pu se prononcer. Or, il ne me semble pas douteux que le diagnostic (c'est là l'avantage incomparable des bons moulages sur les atlas quels qu'ils soient) rétrospectif ne soit possible aujourd'hui, grâce à la communication de M. Djelaleddin. Je crois en effet qu'il est permis de dire qu'il s'agit ici d'une *trichophytie plantaire*.

Au cours de la séance, a été nommé *membre correspondant étranger*, M. le D[r] Djelaleddin-Moukhtar (de Constantinople).

Le secrétaire,
GEORGES THIBIERGE

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

14e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ITALIENNE A SIENNE (août 1891).

Section de dermatologie et de syphiligraphie.

Modifications histologiques des tissus lupiques sous l'influence de la lymphe de Koch.

M. Mantegazza (Pise) a examiné des fragments de peau enlevés à 12 malades atteints de tuberculose cutanée avant le traitement, pendant la réaction locale et après le traitement. Pendant la période de réaction, il n'a pas constaté d'autre modification des nodules tuberculeux qu'une infiltration plus considérable de cellules lymphoïdes, et n'a rencontré aucune altération pouvant faire penser à la nécrose des tissus ou à des phénomènes régressifs ; autour des foyers morbides, il a constaté une dilatation vasculaire plus considérable, une émigration plus abondante de leucocytes et une distension des mailles du tissu connectif due probablement à une exsudation plus considérable de sérosité ; dans l'épiderme, il a vu de nombreuses figures de karyokinèse, une dilatation des espaces intercellulaires, une augmentation de nombre des cellules migratrices, et la dégénérescence cavitaire de ces cellules.

Après le traitement, il a retrouvé les cellules géantes intactes, entourées de cellules épithélioïdes conservant tous leurs caractères ; la seule modification consistait dans la réduction de nombre des cellules lymphoïdes, tant dans les nodules que dans les parties adjacentes, cellules dont quelques-unes étaient déformées, granuleuses, sans noyaux ; les vaisseaux étaient plus petits et remplis de sang ; l'épiderme était moins infiltré de cellules migratrices et plus épais ; la couche granuleuse, peu épaisse avant le traitement, était bien développée. En résumé, les phénomènes inflammatoires deviennent plus aigus, ce qui favorise les processus de régénération épidermique, mais ils ne sont pas assez actifs pour provoquer la nécrose ou la dégénérescence du nodule tuberculeux, et par suite la résorption ou l'élimination des produits morbides, qui amèneraient la cicatrisation et la guérison complète de la maladie.

M. Barduzzi (Sienne), sur 13 cas, n'a obtenu aucun résultat appréciable ou durable par l'emploi de la lymphe de Koch. Il a vu une jeune fille atteinte d'esthiomène de la grande lèvre droite mourir à la suite d'un abcès inguinal survenu au bout de 10 injections. Il pense qu'on doit abandonner l'emploi de la lymphe de Koch en dermatothérapie, car on possède d'autres moyens plus efficaces et plus sûrs de traitement des diverses formes de la tuberculose.

M. Ducrey (Naples) conclut de 20 faits observés dans le service du professeur de Amicis que la lymphe de Koch doit être considérée comme une acquisition réelle de la dermatothérapie, qu'elle agit utilement dans les

formes ulcéreuses, serpigineuses, dans lesquelles on ne peut avoir recours ni à l'emploi des caustiques ni au traitement chirurgical.

M. Oro (Naples), sur les malades du professeur de Amicis, a fait les mêmes constatations histologiques que M. Mantegazza.

M. Celso Pellizzari (Pise) pense que le discrédit de la lymphe de Koch tient à la variabilité de ses résultats thérapeutiques. Il a vu la réaction générale se produire à plusieurs reprises chez deux sujets atteints l'un de psoriasis et l'autre d'eczéma qui ne présentaient aucune trace de lésions tuberculeuses profondes. En raison des phénomènes graves de collapsus et des effets généraux fâcheux qu'elle produit tardivement, il croit prudent de suspendre l'emploi de la lymphe de Koch.

Le rhinosclérome et la concurrence vitale entre le bacille du rhinosclérome et le streptocoque de l'érysipèle.

M. Aug. Ducrey (Naples) a observé depuis 2 ans 4 cas de rhinosclérome. De leur étude et de l'examen des faits connus, il conclut que le rhinosclérome n'a pas nécessairement pour point de départ l'espace naso-pharyngien, mais peut se développer aussi bien dans les narines qu'au niveau de l'isthme du gosier ou du larynx et rester longtemps circonscrit à son point initial ; au lieu de se propager par continuité de tissu, il peut se développer par auto-inoculation, plus ou moins loin de la région primitivement atteinte. En raison de la variabilité de son siège, la dénomination de géosclérome, proposée par E. Besnier, est préférable à celles usitées jusqu'ici. Dans ses 4 cas, M. Ducrey a pu cultiver le bacille du rhinosclérome ; il le considère comme distinct du pneumo-bacille de Friedländer en raison des différences suivantes : les colonies du bacille du rhinosclérome ont sur la gélatine une coloration analogue à celles du pneumobacille, mais elles ont une opalescence et une transparence bien plus grandes ; sur les plaques de gélatine, la culture du bacille de Friedländer ressemble à des gouttes de cire, celle du bacille en rhinosclérome à des gouttes de paraffine ; sur les mêmes plaques, les colonies du bacille de Friedländer sont plus développées, tant en largeur qu'en épaisseur, que celles du bacille du rhinosclérome ; la vitalité du bacille de Friedländer persiste plus longtemps que celle du bacille en rhinosclérome ; les cultures par piqûres du bacille de Friedländer sur gélatine ou sur agar s'accompagnent ordinairement, à partir du 3e ou 4e jour, du développement d'un grand nombre de bulles de gaz, tandis que ces bulles de gaz font ordinairement défaut dans les cultures du bacille du rhinosclérome sur la gélatine et, lorsqu'elles se produisent, c'est seulement lorsque la gélatine est ancienne ; la même différence se retrouve entre les cultures de ces deux micro-organismes dans le bouillon ; examinées au microscope, les colonies du bacille de Friedländer conservent le plus souvent pendant toute leur durée un aspect homogène sur toute leur étendue et finement grenu, tandis que celles du bacille du rhinosclérome, d'abord homogènes, se divisent plus tard en deux parties, l'une plus dense, moins transparente, l'autre plus liquide et plus transparente et prend des aspects très variés et très capricieux ; enfin l'auteur a toujours échoué dans les inoculations aux animaux (cobaye, lapin, cheval) du bacille du rhinosclérome, ce qui n'arrive pas avec le bacille de Fried-

länder. En mettant en présence, dans le même milieu de culture, le bacille du rhinosclérome et le streptocoque de l'érysipèle, l'auteur a constaté que ces deux micro-organismes s'influencent, que le microbe de l'érysipèle est atténué, à tel point qu'il devient absolument sans effet pour les animaux auxquels on l'injecte.

M. Mibelli (Cagliari) fait remarquer que la cicatrisation facile des solutions de continuité du tissu du rhinosclérome est une preuve que son bacille a une vitalité supérieure à celle des micro-organismes banaux.

M. Majocchi (Parme) a parfois vu se développer chez le cheval, à la suite d'inoculations dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le tissu des narines, un nodule dur dont la culture donnait encore, 3 ou 4 jours après l'inoculation, le bacille du rhinosclérome, mais qui ne tardait pas à disparaître.

M. Pellizzari (Pise) croit que le rhinosclérome peut exister pendant plusieurs années dans le tissu cellulaire sous-cutané sans se présenter sous l'aspect extérieur d'une néoplasie.

Champignon du Favus.

MM. William Dubreuilh et J. Sabrazès (de Bordeaux) adressent un mémoire sur le champignon du favus. Leurs recherches ont porté sur 7 cas de favus, présentant les caractères du favus vulgaire en godets, ou du favus épidermique du cuir chevelu, ou du favus herpétique des parties glabres. Les poils extraits dans ces 7 cas ont donné, sur la gélatine maintenue à 37°, des cultures identiques dans tous les cas : au bout de 1 à 3 jours, une sorte de plumet régulier à l'extrémité ou à la périphérie des fragments de poil ; en 4 à 6 jours, les colonies atteignaient une largeur de 1 à 5 millimètres, étaient arrondies, d'un blanc opaque, semblables à du sel marin en déliquescence, faisant une saillie de 1 à 2 millimètres et offrant une dépression de 1/2 à 3 millimètres, hérissée de filaments divergents de 1/4 à 1 millimètre de longueur ; au bout de quelques jours, la partie centrale présentait un aspect mamelonné et se recouvrait d'une poudre blanche formée de spores, tandis que la saillie s'étendait en surface ; plus tard, la masse centrale devenait très blanche et ressemblait à un amas irrégulier de sucre raffiné ; à une période plus avancée, le centre de la colonie présentait une ressemblance grossière avec une soucoupe. Ces cultures ont reproduit chez une souris des godets typiques, chez une taupe blanche une éruption de favus épidermique, chez l'homme une tache rouge avec une collerette de vésicule et une desquamation de favus herpétique. Ces recherches ne permettent pas encore de conclusions définitives, mais elles forment une présomption en faveur de l'opinion soutenue par Mibelli, qu'il n'y a qu'un seul et unique champignon du favus, produisant tantôt le favus en godets, tantôt le favus épidermique.

M. Mibelli (Cagliari) a observé, avant et pendant la formation des godets faviques, des lésions semblables à celles de la trichophytie circinée ; plus souvent le stade prodromique du godet est représenté par des lésions érythémato-pityriasiques, ou squameuses, ou papulo-squameuses ; mais toutes ces diverses lésions peuvent faire défaut et le godet peut se développer sur la peau absolument saine. Il pense qu'il n'y a pas lieu de

distinguer cliniquement le favus du cuir chevelu et celui des parties glabres et que l'expression de favus herpétique telle que l'entend Quincke n'a pas de raison d'être. Les variétés dans les phénomènes qui précèdent le développement du godet ne sont que l'expression du mode de réaction de la peau à l'invasion du parasite, mode de réaction qui varie suivant les conditions de la peau, avec les individus et dans les diverses régions. Ces phénomènes représentent un processus d'élimination, par lequel la peau tend à se débarrasser du parasite en même temps que des détritus épithéliaux dont sa végétation a provoqué la formation. Ils varient aussi suivant la quantité et la qualité des germes qui se déposent à un moment donné sur un point du territoire cutané.

M. Mibelli a obtenu par la culture des résultats identiques dans tous les cas ; il a reproduit constamment un champignon parfaitement semblable à celui cultivé par Kràl et par Dubreuilh, champignon qui est pathogène pour l'homme. Contrairement à l'opinion de Kràl qui attribue la diversité des résultats obtenus par les différents observateurs dans les essais de culture à ce que la technique bactériologique n'a pas été scrupuleusement suivie et à ce que le champignon du favus est mélangé d'autres micro-organismes, M. Mibelli n'a jamais vu d'autre micro-organisme se développer dans les colonies de ce champignon ; il pense que cette diversité de résultats dépend de la variabilité et de la multiplicité des conditions qui peuvent modifier les résultats de l'expérience. Il pense qu'il n'y a pas lieu d'admettre l'existence de plusieurs champignons du favus.

M. Marianelli (Pise) a constamment obtenu, par la culture d'éléments faviques, un champignon semblable à celui décrit par Kràl et par Mibelli. Il en est de même pour la trichophytie, dans les diverses formes cliniques de laquelle il a constaté la présence d'un champignon toujours identique à lui-même. Il a constaté de plus que l'achorion et le trichophyton sont distincts l'un de l'autre et ne se transforment pas l'un dans l'autre, le trichophyton reproduit toujours le trichophyton et jamais le favus, et réciproquement.

Actinomycose cutanée.

M. Majocchi (Parme) a observé 4 cas d'actinomycose cutanée. Il en distingue 2 formes cliniques : la forme anthracoïde et la forme ulcéro-fongueuse. La forme anthracoïde a une marche aiguë, s'accompagne de fièvre offrant quelquefois le caractère septicémique ; elle se caractérise par des tuméfactions aplaties, criblées d'une miriade de petits pertuis donnant issue à un pus épais formé de granulations jaunes ; au voisinage de la lésion primitive, il se développe d'autres lésions secondaires et des cordons sous-cutanés qui suppurent et s'ouvrent à l'extérieur en donnant issue à un pus présentant les mêmes caractères que celui de la tuméfaction initiale. La forme ulcéro-fongueuse a une marche subaiguë avec tendance à la chronicité ; la variabilité de ces caractères cliniques en rend l'exposé difficile. Le diagnostic de l'actinomycose cutanée repose sur le mode de début par des nodosités et des tuméfactions disposées en séries moniliformes, ou en cercles, ou en groupes, lésions qui ont l'apparence granuleuse, suppurent, ou s'ulcèrent, ou s'atrophient ; sur le mode de suppuration sous

forme de foyers distincts, transparents, avec des points jaunâtres au-dessous de la peau amincie ; sur l'apparence criblée de la surface de la tuméfaction ; sur la sortie de grains purulents jaunâtres ou sur la présence de grains calcaires ; sur l'absence de participation des ganglions lymphatiques ; sur le siège ordinaire des lésions au voisinage de la cavité buccale. Le diagnostic n'est certain que quand il a été confirmé par l'examen microscopique des grains jaunâtres.

Le sulfure de zinc hydraté en dermatologie.

M. Petrilli a employé avec succès le sulfure de zinc hydraté dans un certain nombre de dermatoses. Il l'a administré à l'intérieur à la dose de 1 gr. sans observer aucun inconvénient.

Gommes syphilitiques de la verge.

M. Mazza a observé chez un homme de 31 ans, sans antécédents syphilitiques connus, des lésions de la verge dont le début remontait à 3 ans. La verge était déformée par des mutilations de ses divers tissus ; le prépuce faisait presque complètement défaut ; des cicatrices de diverses dimensions, arrondies pour la plupart, à bords nets, d'un blanc brillant occupaient la verge ; sur la partie inférieure de la verge, on voyait deux solutions de continuité à bords taillés à pic, à fond inégal, couvert de détritus et d'une abondante sécrétion puriforme ; à un centimètre de la racine de la verge, on sentait une tuméfaction arrondie, du volume d'un œuf de pigeon, d'une dureté fibreuse, implantée sur le corps caverneux ; sur le gland, à la place du raphé, une ouverture fistuleuse s'ouvrant dans l'urèthre ; ganglions inguinaux volumineux, peu mobiles. Amélioration rapide par le traitement antisyphilitique.

Essais de culture du bacille de la lèpre.

M. Ducrey (Naples) avait échoué dans toutes ses tentatives de culture du bacille de la lèpre, lorsqu'il a réussi avec des tubercules lépreux, cultivés sur l'agar peptonisé et additionné de sucre de raisin ; il a obtenu ainsi des cultures anaérobies très pures, absolument semblables à celles obtenues par Campana, d'un bacille ayant tous les caractères morphologiques de celui de la lèpre ; ce bacille se développe à partir du 7e jour, ses cultures offrent l'aspect d'une fine dentelle mince et délicate, à petites mailles arrondies, il ne se colore pas par le procédé de Koch-Ehrlich ; M. Ducrey n'a pas encore essayé les effets de ces cultures sur les animaux de laboratoire.

L'huile de chaulmoogra dans le traitement de la lèpre.

M. Oro (Naples) a administré l'huile de chaulmoogra en la portant jusqu'à la dose de 160 gouttes par jour dans un cas de lèpre tuberculeuse et anesthésique et a obtenu une amélioration notable. Le sang provenant des tissus infiltrés renfermait, avant le traitement, des bacilles lépreux

typiques et après le traitement on n'y trouvait plus que des amas de minces granulations se colorant par les réactifs ordinaires du bacille lépreux ou de petites granulations plus ou moins nettement disposées en série. Il en résulterait que l'huile de chaulmoogra amène l'atrophie du bacille de la lèpre comme la tuberculine amène l'atrophie du bacille de la tuberculose.

M. Gasperini fait remarquer que l'aspect granuleux zoogléiforme peut être le résultat de l'ancienneté des lésions.

M. Ciarrocchi (Rome) dans un cas de lèpre anesthésique n'a pas obtenu d'avantage notable de l'emploi de l'huile de chaulmoogra, sauf peut-être un arrêt dans la marche de la maladie.

Ulérythème sycosiforme de Unna.

MM. A. Ducrey et Stanziale (Naples) ont observé 3 cas d'ulérythème sycosiforme de Unna. Ils pensent que l'affection n'est pas extrêmement rare, qu'elle constitue une forme morbide particulière, qu'elle n'est très probablement pas exclusive au visage et peut se développer sur d'autres régions de la surface cutanée, que sa marche est éminemment chronique et peut se poursuivre pendant des années, que l'on ne peut pas exclure complètement la formation de petites suppurations folliculaires se développant en même temps que le derme s'infiltre et qu'il se produit de nombreuses petites vésicules qui donnent rapidement lieu à une desquamation comme farineuse, que le nom d'ulérythème n'est pas suffisamment exact car le processus est caractérisé par une lésion plus considérable qu'un simple érythème, enfin que le meilleur traitement consiste dans l'emploi de l'ichtyol.

Dermatites exfoliatrices généralisées.

M. Oro (Naples), conclut de recherches cliniques et anatomo-pathologiques entreprises à l'occasion de deux cas de dermatite exfoliatrice généralisée que : 1° il existe un groupe de dermatoses, dites essentielles, caractérisées par une rougeur diffuse de la peau, par une desquamation lamelleuse consécutive, à marche variable, désignées sous la dénomination collective de dermatites exfoliatrices généralisées ; 2° ce groupe comprend 3 entités morbides principales : *a*) la dermatite générale exfoliatrice aiguë ou érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant ; *b*) la dermatite exfoliatrice généralisée proprement dite ou subaiguë (maladie de Wilson) ; *c*) la dermatite exfoliatrice généralisée chronique secondaire ; 3° la maladie de Wilson est une entité morbide, cliniquement bien définie, caractérisée par une rougeur générale, le plus souvent accompagnée de fièvre, une desquamation lamelleuse plutôt abondante, des troubles de la nutrition générale et des lésions des ongles et des poils ; 4° anatomiquement la maladie de Wilson est caractérisée par une atrophie du corps muqueux, une abondante infiltration du derme, la disparition des glandes sébacées, des altérations notables du système nerveux ; 5° la maladie de Wilson doit être considérée comme une trophonévrose ; 6° les altérations du système nerveux suffisent à en expliquer toute la symptomatologie ; 7° la cause

de ces lésions nerveuses est encore inconnue ; 8o la dermatite exfoliatrice généralisée chronique maligne est toujours consécutive à d'autres dermatoses.

M. Pellizzari (Pise) pense que la dermatite exfoliatrice n'est pas une entité morbide spéciale, mais la phase ultime et grave d'affections cutanées diverses.

MM. Martinotti, Mibelli et Burci présentent des préparations histologiques de divers tissus dont les fibres élastiques ont été colorées par leurs méthodes respectives.

M. P. Tommasoli (Modène) présente la seringue qu'il a inventée pour le traitement de l'uréthrite antérieure aiguë et subaiguë.

M. Petrilli (Sienne) lit le compte rendu de la clinique dermato-syphiligraphique de Sienne pour les années 1886 à 1891.

M. Ciarrochi (Rome) communique une observation de milium survenu dans le cours d'un pemphigus vulgaire. (Sera analysé lors de la publication dans le *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle* d'un mémoire de l'auteur sur ce sujet.)

M. Guerrini cite un cas de pemphigus foliacé traité avec succès par le baume du Pérou.

M. Ricci fait une communication sur l'importance que présente, au point de vue de la diffusion de la syphilis dans les campagnes, l'habitude d'y placer les enfants assistés.

M. Barduzzi (Sienne) rapporte deux cas de syphilis par conception.

M. Barduzzi rapporte les observations de deux jeunes filles de 17 ans environ présentant des manifestations indubitables de syphilis héréditaire tardive.

Règlement sur la prostitution.

A l'une des séances générales, le Congrès, après une discussion à laquelle ont pris part MM. Barduzzi (Sienne), Ruata (Pérouse), C. Pellizari (Pise), Concetti (Rome), etc., a voté, sur la proposition du professeur C. Pellizzari, et à la presque unanimité, un ordre du jour dans lequel il déclare que « convaincu que le règlement actuel sur la prostitution n'a pas encore été appliqué assez longtemps et d'une manière qui réponde suffisamment à l'esprit qui l'inspire pour qu'on puisse le juger d'après des faits, il fait des vœux pour que le ministre de l'intérieur n'y apporte pas de modification qui altère les principes fondamentaux ».

(D'après le compte rendu publié par le *Giornale delle malattie veneree e della pelle.*)

Georges Thibierge.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN (1)

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1891

Alopécie en aire.

M. Blaschko présente un jeune homme de 18 ans atteint d'alopécie en aire traitée par la faradisation. Ce malade, au moment où il le vit, fin juillet, avait sur la moitié gauche de la tête une plaque alopécique de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent. A la fin d'août, la plaque s'était notablement agrandie ; de nouvelles plaques étaient apparues sur les deux côtés de la tête (en même temps trichorrhexie prononcée). Malgré les lotions antiseptiques, le processus continua de faire des progrès ; l'auteur se décida alors à employer le courant faradique, d'abord tous les deux jours et ensuite chaque jour. Le malade tenait un électrode dans la main tandis qu'on promenait pendant 5 à 10 minutes, sur la moitié droite du cuir chevelu, un autre électrode en forme de peigne. L'auteur choisissait ce côté de la tête parce que les foyers étaient survenus plus tard et que l'on sait par expérience que les foyers morbides les plus récents disparaissent aussi d'ordinaire plus tard ; le côté droit se trouvait donc dans des conditions défavorables. Malgré cela, les cheveux jeunes des plaques alopéciques repoussèrent après environ 3 à 4 semaines exclusivement sur le côté droit faradisé ; deux semaines plus tard, ces cheveux avaient atteint une longueur très notable. Ce n'est que depuis quelque jours que aussi à gauche quelques cheveux jeunes commencent à se montrer sur le foyer morbide le plus ancien. Selon Blaschko, il s'agit moins d'une action directe sur les nerfs que d'une irritation de la peau et de ses vaisseaux.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE

Alopécie en aire.

M. Lassar présente deux femmes atteintes de cette affection qui ont été guéries par le traitement antiparasitaire habituel. Chez l'une de ces malades, la pelade datait de trois ans, elle fut guérie avec des lavages au sublimé et d'autres solutions continués pendant un an. Chez la seconde la guérison eut lieu au bout de six mois,

Corne cutanée de la paume de la main.

M. Lewin présente un cas très rare de corne cutanée, dont la localisation n'a pas été décrite. Lorsque ce malade entra à la clinique, il avait trois cornes cutanées, deux tombèrent rapidement, une existe encore à la main gauche; elle a environ 1 centimètre de haut.

A. Doyon.

(1) *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1891, p. 1169.

SOCIÉTÉ ROYALE DES MÉDECINS DE BUDAPEST (1)

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1891

Érythème multiforme.

M. Török présente un cas d'érythème multiforme dont la localisation est un peu différente de celle des formes ordinaires. Après des prodromes qui durèrent une semaine, survinrent sur la face les premières manifestations (taches et papules de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un pois), qui au bout de 8 jours atteignirent l'étendue d'une pièce de 50 centim. même de 2 francs. Au centre des taches, il se produisit de petites vésicules qui se disséminèrent rapidement. Sur la muqueuse labiale une petite papule ; sur les membres inférieurs, depuis deux jours un érythème noueux. Il existe en outre de la pharyngite, de la rhinite et de l'épisclérite.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1891

Infection extra-génitale.

M. Rona. — Chez un homme de 35 ans, l'affection primaire était située au-dessous de la crête iliaque, sous forme d'une sclérose avec papules tout autour.

Diverticulum dans la partie bulbaire de l'urèthre.

Le même auteur présente un malade âgé de 35 ans. En 1885, il a contracté une blennorrhagie suivie d'uréthrocystite, jusqu'à présent traitée sans succès. On constate à l'extrémité du bulbe une bride rouge pâle, transversale, partageant pour ainsi dire le calibre du canal en deux parties égales. Un examen attentif avec des sondes métalliques minces permit de reconnaître que, au-dessous de cette bride, il existait un diverticulum congénital et nullement une fausse route. Dans la partie antérieure du canal ainsi que dans le diverticulum il y avait des traces d'une blennorrhagie chronique, de plus, dans le dernier de petites granulations. Des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent à 10 pour 100 amenèrent une amélioration notable. Mais pour obtenir la guérison complète il serait nécessaire d'enlever la bride.

Myocardite syphilitique.

M. Nékam présente des préparations provenant d'une femme de 46 ans, morte 8 heures après son entrée à l'hôpital. Cliniquement : arythmie du cœur et bruits cardiaques assez obscurs. A l'autopsie, dans la région inguinale, deux cicatrices blanches de 5 à 6 cent. de long, parallèles au ligament de Poupart. Dans le vagin, cicatrice rétractée. Les ganglions inguinaux, mésentériques et rétro-péritonéaux engorgés, durs, rouges, gris jaunâtre.

(1) *Wiener mediz. Presse*, 1891, p. 1716 et 1753.

Le cœur est le siège d'une hypertrophie concentrique modérée : péricarde épaissi, d'aspect laiteux sur plusieurs points, surtout au-dessus de la convexité du ventricule gauche, au-dessous du sillon transversal trois plaques lenticulaires saillantes. Sur la partie supérieure du ventricule gauche, le péricarde est, sur l'étendue d'une pièce de 50 centimes, plissé longitudinalement, mou et facilement dépressible. Dans la paroi postérieure, ainsi que sur les parois latérales et antérieure du ventricule gauche et même dans ses parties supérieures, gommes molles, transparentes, de 4 à 19 millim. de diamètre, les unes circonscrites, les autres confluentes, qui traversent en partie toute l'épaisseur de la paroi du ventricule ainsi que la cloison interventriculaire. Ces gommes ont déterminé dans les parties adjacentes une endocardite diffuse avec épaississement et opacité de l'endocarde. Par suite, il s'est produit dans la paroi antérieure du ventricule une dégénérescence fibreuse et une dépression anévrysmale notable de 9 millim. de profondeur. A. Doyon.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Chéloïde. — A. Clarac. Notes sur les chéloïdes observées chez le noir et principalement sur la chéloïde de l'oreille (*Archives de médecine navale et coloniale*, juillet 1891, p. 459).

Les nègres présentent une aptitude particulière à faire du tissu fibreux et chez eux la moindre solution de continuité de la peau est très souvent le point de départ de chéloïde. Il s'agit là d'une prédisposition paraissant tenir à la race et que mettent en éveil tous les traumatismes quels qu'ils soient, contusions, plaies, écorchures, brûlures, etc. Les sièges de prédilection des chéloïdes sont le lobule de l'oreile et la face antérieure de la poitrine, bien qu'on puisse les rencontrer sur toutes les autres parties du corps. La chéloïde du lobule de l'oreille, consécutive à la perforation du lobule pour le passage des boucles d'oreilles, forme une tumeur lobulée, souvent pédiculée, ayant la forme d'une noisette, suspendue au lobule comme un pendant d'oreille, dont le volume variable peut atteindre celui d'une petite orange ; sa coloration est légèrement plus claire que celle de la peau, elle est recouverte d'un épiderme mince, mais intact ; sa consistance est ferme et élastique ; elle est souvent double et symétrique. Son développement est assez lent et se fait en deux ou trois ans environ. Certaines femmes nègres considèrent les chéloïdes doubles de l'oreille comme un ornement et n'en demandent l'extirpation que quand, par son poids, la tumeur devient vraiment intolérable. L'auteur recommande, lorsqu'on a recours à une intervention chirurgicale, de la pratiquer largement en plein tissu sain, de façon à obtenir la réunion immédiate qui, en diminuant l'étendue de la cicatrice, rend moins probables les récidives.

Georges Thibierge.

Dysidrose. — A. Breda. Il Pomfolice (Robinson). Osservazioni clinico-istologiche (*Rivista clinica e terapeutica*, octobre 1891, p. 547).

Breda rapporte deux observations de pompholyx ou dysidrose, remarquables par leur évolution anormale.

I. Cocher de 25 ans, portant sur les mains et les avant-bras une éruption vésiculeuse avec œdème, suivie de desquamation, ayant les caractères de la dysidrose ; pendant son séjour à l'hôpital, sans qu'il ait quitté son lit, le malade fut pris de fièvre (39°,2) et il se produisit sur toute sa surface cutanée des taches rouges de la largeur d'une pièce de 5 francs à celle de la main, quelques-unes recouvertes de saillies papuleuses et plus souvent vésiculeuses ou phlycténulaires ; la fièvre se reproduisit 6 jours de suite ; au 10e jour, apparut par places de la desquamation. Une autre année, après

avoir passé 2 heures en plein soleil, apparition d'une rougeur diffuse sur le dos des mains et la face, suivie du développement de nombreuses vésicules de la dimension d'un grain de millet à celle d'une fève, sur le dos des mains et sur le front avec œdème diffus et, quelques jours après, développement de nouvelles bulles sur les avant-bras et le cou, quoique le malade soit resté constamment au lit.

II. Femme de 51 ans, atteinte de dysidrose du dos des mains au commencement de l'été, prise de nouveau de la même affection au mois de septembre. Les lésions occupaient alors la portion interne du cou-de-pied et le dos du pied gauche.

L'examen biopsique, pratiqué dans les deux cas, a permis de constater les lésions suivantes : couches cornée et granuleuse de l'épiderme presque normales. Corps muqueux de Malpighi ordinairement altéré au niveau de la 3e couche de cellules ; ses lésions débutent par une cellule placée au centre de la colonne interpapillaire ou en un point quelconque, puis d'autres cellules situées au voisinage de la première sont atteintes à leur tour ; tuméfiées, granuleuses, arrondies ou aplaties et ovoïdes, elles se rompent et forment une cavité cloisonnée dans laquelle on trouve des débris du réticulum normal en voie de dégénérescence granuleuse, des leucocytes et des traces de fibrine. Les papilles sont infiltrées à leur sommet, quelques-unes également vers la partie centrale de leur base. Le réseau vasculaire superficiel est altéré à des degrés divers, dilaté ; les vaisseaux qui se rendent aux glandes sudoripares sont moins dilatés que les autres. Le derme présente çà et là de petites infiltrations périvasculaires dans ses parties profondes. Autour des glomérules sudoripares, il n'y a pas d'éléments lymphoïdes. En certains points, on voit les conduits sudoripares, interrompus par une cavité intra-épidermique, avoir un trajet périphérique parfaitement normal ; quelques-unes de ces cavités sont traversées par un conduit sudoripare normal tapissé de 2 ou 3 couches de cellules épineuses.

D'après l'auteur, la lésion initiale consiste dans la distension du réseau vasculaire superficiel et des vaisseaux qui se dirigent vers les papilles ; les lésions des papilles et des cellules épineuses sont consécutives, mais ce sont celles qui se traduisent par les caractères cliniques les plus appréciables ; les glandes et les conduits sudoripares ne sont altérés qu'à une période avancée de la maladie. Ces données anatomiques concordent, dit-il, avec celles de la clinique, car le pompholyx ne se rencontre pas plus fréquemment chez les sujets et dans les régions prédisposés aux sudamina ; il débute souvent par de la fièvre, sans autre symptôme ; il apparaît chez des sujets vivant dans les conditions les moins favorables à l'activité de l'appareil sudoripare ; chez quelques sujets, il récidive à époques fixes, dans les périodes où s'observent les érythèmes, le zoster et les eczémas aigus.

Georges Thibierge.

Dermatite plastique chronique. — L. Heitzmann. Mikroskopische Untersuchungen über die chronische plastische Dermatitis (*Arch. für Dermatologie und Syphilis,* 1891, p. 689).

Des recherches de l'auteur il résulte :

1° Après la cessation de l'inflammation aiguë il survient un retour de la

matière vivante sous forme de néoformations nodulaires, à un stade des corpuscules de protoplasma indifférents.

2° Dans le stade de l'indifférence ce n'est pas seulement le protoplasma, mais aussi les noyaux qui deviennent réticulés, ces derniers cessent par conséquent de pouvoir être reconnus comme tels.

3° Le réseau du protoplasma est à l'origine rempli d'un liquide azoté. Ce liquide se transforme ensuite en une substance fondamentale plus solide, azotée, un peu visqueuse ; tandis que le réseau de la matière vivante est conservé, mais n'est plus visible qu'à l'aide de réactifs.

4° Si l'infiltration avec la substance fondamentale a lieu directement dans les corpuscules de protoplasma indifférents, alors se produisent des faisceaux de tissu conjonctif de nouvelle formation sans striation. Au contraire, si les corpuscules de protoplasma se divisent en fuseaux délicats avant l'infiltration, il y a formation de faisceaux de tissu conjonctif strié.

5° Dans les deux cas il reste des prolongements non transformés du protoplasma entre les faisceaux de tissu conjonctif de nouvelle formation, absolument comme dans le derme normal.

6° Dans certaines formes de la dermatite hyperplasique on voit survenir un tissu conjonctif myxomateux au lieu d'un tissu conjonctif fibreux, ce tissu conjonctif myxomateux, correspondant à un arrêt dans le développement du derme, apparaît entre le 3e et le 4e mois de la période embryonnaire.

A. Doyon.

Éruption acnéiforme. — Payne. On a papular acneiform eruption with colloid masses resembling those found in molluscum contagiosum (*The Brit. Journ. of Derm.*, août 1891, p. 250).

Le Dr Payne rapporte l'observation d'un cas très rare, qu'il n'a jamais eu l'occasion de rencontrer dans son service dermatologique de Blackfriars.

Mlle F..., âgée de 22 ans, est atteinte à la partie postérieure des avant-bras et des mains, d'une éruption datant de 18 mois, qui s'est étendue récemment avec rapidité. Celle-ci consiste en une quarantaine d'éléments papillaires coniques surélevés, durs, lisses et pâles, offrant les dimensions de petits plombs de chasse. Les plus anciens d'entre eux, particulièrement durs, sont le siège d'une hypertrophie considérable de l'épiderme, sans qu'il y ait de squames. Les plus récents ont la dimension d'une tête d'épingle et offrent à leur centre une dépression et un très petit orifice. A la pression, on fait sourdre une petite goutte de liquide et le grattage détermine à leur surface un peu d'humidité ou une très fine gouttelette de sang. Mais il n'y a jamais eu d'exsudation spontanée et continue. Les plus anciennes papules n'ont point changé d'aspect, depuis leur apparition, et il ne semble pas que des papules aient spontanément disparu. Ces éléments ne ressemblent à rien de ce que l'auteur a vu jusqu'ici. Ce ne sont pas à vrai dire des papules, et la ressemblance de l'éruption avec le lichen est nulle. Peut-être y a-t-il quelque rapprochement à faire avec l'acné et avec certaines variétés de verrues. Mais, en s'aidant même des données histologiques qui, nous le verrons, ont permis d'établir plus nettement les caractères

de l'affection, en la rapprochant du molluscum contagiosum, l'auteur n'a pu parvenir à l'assimiler à d'autres affections déjà décrites.

L'examen histologique de deux papules, montre une hypertrophie considérable des couches de l'épiderme. Ce qui frappe surtout dans l'étude des coupes traitées par l'acide acétique, d'après la méthode de Bizzozero et colorées par le bleu de méthylène, ce sont au milieu des cellules de la couche granuleuse, des corpuscules particuliers, très réfringents, ronds ou ovales, analogues aux corpuscules du molluscum contagiosum. Quelques-uns d'entre eux présentaient un double contour et un noyau. Jamais l'auteur n'a pu les voir nettement inclus dans une cellule, jamais les corps n'ont apparu en voie de scission, de tranformation.

Ils ressemblent beaucoup aux corpuscules qui ont été décrits récemment comme des psorospermies. Mais le Dr Payne ne croit pas être autorisé à considérer les corps qu'il a lui-même observés comme des organismes parasitaires ; d'autre part, l'hypothèse de cellules dégénérées, qui lui paraîtrait plus vraisemblables ne peut le satisfaire suffisamment pour asseoir son opinion qui reste à ce sujet dans l'incertitude. LOUIS WICKHAM.

Érysipèle. Traitement. — KLEIN. Die Behandlung des Erysipels (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, p. 959).

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'ichtyol agit incontestablement en empêchant le développement du coccus de l'érysipèle dans la peau, soit par son action réductrice sur les tissus, soit par son influence directe sur le micro-organisme, soit enfin par ces deux actions réunies.

2° Le traitement par l'ichtyol diminue de moitié la durée moyenne de l'érysipèle.

3° La durée du traitement est de 3 à 4 jours, les cas traités dès le début avec l'ichtyol ont la même durée.

5° La marche de l'érysipèle est notablement atténuée sous l'influence de l'ichtyol, ce qui se traduit par la modification survenue dans la fièvre, ainsi que dans l'abaissement fréquent des températures matutinale et même vespérale. A. DOYON.

Éléphantiasis. — SPIETSCHKA. Ueber einen Fall von Elephantiasis congenita (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 745).

La malade dont il est ici question est atteinte depuis sa naissance d'éléphantiasis. La face et tous les membres, à l'exception du membre supérieur droit et des parties génitales, étaient déjà très volumineux lorqu'elle est née. C'est un des cas excessivement rares d'éléphantiasis congénitale, existant sur une grande partie du corps.

Rien du côté des parents. Les rapports de proportion restèrent à peu près les mêmes pendant la croissance de l'enfant ; à l'âge de trois ans cette malade eut une éruption de vésicules d'où s'écoula, au dire de la mère, une quantité considérable de pus ; cet état persista trois ans. L'auteur croit qu'il s'agissait alors d'une lymphorrhagie, complication très fréquente dans

l'éléphantiasis congénitale ou acquise; la longue durée de l'affection tendrait aussi à le prouver. Comme dans presque tous les cas qui ont été publiés, la lymphorrhagie s'accompagnait de malaises et de fièvre.

A l'âge de 8 ans, scarlatine qui fut sans influence sur la maladie. Il y a 4 ans un médecin eut recours à la compression méthodique, ce traitement amena une légère amélioration. Dans ces derniers temps il survint des végétations sur les parties génitales et à l'anus; leur odeur et leur développement rapide décidèrent la malade à entrer à la clinique.

Au moment de son admission on constata l'état suivant : la malade est petite pour son âge, 9 ans, faible; sur les parties normales la peau est très pâle.

Les deux membres inférieurs, le membre supérieur droit et la face sont très fortement développés et informes, de telle sorte qu'ils n'ont plus leur aspect normal. L'augmentation de volume est très accusée sur les membres inférieurs ainsi que sur toute l'étendue du membre supérieur droit. L'intelligence de la malade est normale; elle est même spirituelle pour son âge. La face est aussi très développée, toutefois l'expression, surtout celle des yeux, est assez en rapport avec son etat intellectuel. La peau est épaissie au niveau du front et des joues, partout on dirait qu'elle est le siège d'un œdème considérable, mais elle ne conserve pas l'impression du doigt. Pas de glande thyroïde. Tandis que l'augmentation de volume de la face et des membres tient à un épaississement considérable de la peau, sur le tronc elle a presque partout son caractère normal. Les parties génitales externes sont dans leur ensemble très augmentées de volume.

Sur les régions malades la peau est sèche et un peu rugueuse; sur les membres inférieurs, nombreuses cicatrices blanchâtres, irrégulières, légèrement déprimées. La coloration de la peau est partout très pâle. L'examen du sang ne donna pas d'augmentation des leucocytes, mais une diminution du nombre des globules rouges et de l'hémoglobine par rapport à la normale. Dans la région génito-anale, sur les parties génitales et sur la face externe de la cuisse gauche dans la région trochantérienne, proliférations en forme de chou-fleur. Sur le dos et surtout sur la face dorsale des orteils des deux pieds, petites proliférations papillaires sèches, recouvertes d'un épiderme dur, épais.

Le 28 mai, le professeur Pick enleva les papillomes des parties génitales et de l'anus et racla la base avec la curette.

Le 9 juin, la malade part guérie, mais 6 semaines après les proliférations reparurent.

Le 6 octobre on pratiqua la même opération que la première fois, la guérison était de nouveau complète le 15 novembre. Actuellement, fin juin, la malade serait tout à fait bien sauf quelques proliférations papillomateuses du volume d'un pois qui se seraient reproduites sur les mêmes points.

Il s'agit bien ici d'une éléphantiasis congénitale; tous les symptômes ainsi que la marche de la maladie ne permettent pas de penser au myxœdème.

A. Doyon.

Elephantiasis. — A. Contreras. Elefansiasis de los Arabes (*Boletin med. de Puebla*, juillet 1891).

Il s'agit d'un homme de 30 ans atteint depuis 8 ans d'eléphantiasis des Arabes. La lésion porte sur le membre inférieur droit ; il y a cinq ans, une ulcération s'est formée au niveau de la malléole interne, puis plus tard d'autres ulécrations sont survenues au niveau de la malléole externe et de la face dorsale du pied. En outre du volume du membre, la peau est couverte d'un exsudat sec, de couleur brune qui lui donne la couleur, l'aspect rugueux et tomenteux d'une peau d'éléphant. L'auteur passe en revue les caractères de la peau qui sont ceux des différents cas d'éléphantiasis : les ulcérations sont calleuses et secrètent un liquide fétide.

Comme traitement, on pratiqua la ligature de la fémorale au tiers moyen de la cuisse. Les ulcérations furent pansées antiseptiquement. Sur tout le membre, on fit des onctions à l'onguent mercuriel, onctions suivies d'une sorte de massage, et on exerça de la compression. Un mois après, la diminution de volume du membre est notable : le malade reconnaît que sa jambe est plus légère. La diminution de la circonférence du membre oscille suivant les points entre deux et huit centimètres : elle atteint onze centimètres au niveau des jumeaux. L'auteur se demande si, dans ce cas, l'éléphantiasis n'était pas parasitaire en raison de la zone tropicale qu'habitait le malade, zone dans laquelle l'affection est souvent produite par la filaire. ou s'il s'agissait d'une autre cause d'obstruction du système lympathique,

Le malade n'étant ni paludéen ni syphilitique, n'ayant ni affection du cœur, ni varices, ni adénopathie, l'auteur pense qu'il s'agissait de filariose, bien qu'il n'ait pas retiré du sang l'helminthe caractéristique. Il croit aussi que dans le résultat obtenu, la ligature artérielle a eu une grande influence, parce que dans d'autres cas, il n'a pas obtenu des frictions mercurielles et de la compression seules un tel soulagement, et que d'autres auteurs, et notamment Carnochan, de New-York, ont obtenu des succès avec la ligature seule. En raison de l'hypothèse d'une filariose probable, l'auteur pense que les onctions mercurielles qui, dans son cas, ont eu une notable influence sur les altérations dépendant des lymphorrhagies, peuvent exercer une action microbicide. Paul Raymond.

Favus. — J. Pick. Untersuchungen über Favus. I. Klinischer und experimenteller Theil. (*Ergänzungshefte*, n° 1 *zum Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 57.)

Il y a dans la science deux tendances opposées : d'après la première un grand nombre de champignons, différents au point de vue de la morphologie et de la culture, seraient les agents spécifiques d'une seule et même maladie, d'après l'autre, il y aurait diverses variétés de favus correspondant aux différents champignons.

Pour élucider ces données contradictoires, l'auteur a soumis la symptomatologie, à de récentes études cliniques et expérimentales pour savoir si l'on est autorisé cliniquement à admettre différentes formes de favus ;

il a aussi recherché si dans les expériences bactériologiques de culture, il ne s'était pas introduit de sources d'erreurs capables d'expliquer les résultats divergents de ces cultures.

En ce qui concerne le premier point il y avait à rechercher :

1° Si entre le favus des parties velues et celui des régions non velues il existe des caractères diagnostiques différentiels qu'il ne faut pas rapporter seulement à la différence de localisation et que l'on pourrait expliquer par là.

2° Le favus se développe-t-il toujours sur les régions velues sans période herpétique antérieure, alors que le favus des régions non velues est constamment précédé d'une période herpétique ?

3° Et s'il n'en est pas ainsi, pourquoi dans un cas observe-t-on une période herpétique antérieure et dans l'autre point ?

Pour répondre à la première question l'auteur a étudié très attentivement 22 cas de favus; dans 14, la maladie siégeait exclusivement sur le cuir chevelu ; dans 6, outre le cuir chevelu, le favus avait envahi encore la face, le tronc ou les membres ; dans 2, il était localisé exclusivement et primitivement sur des régions non velues. Dans les favus du cuir chevelu, les différences n'étaient déterminées que par l'étendue du processus, l'intensité de la réaction et les interventions thérapeutiques antérieures. Elles dépendaient pour la plupart de la durée de la maladie, mais il n'y avait pas de différenciation essentielle. Dans la deuxième catégorie de cas, la maladie était survenue sans exception d'une manière primaire sur le cuir chevelu et ce n'est que longtemps après qu'elle s'était développée sur des parties non velues ; il n'est pas douteux que la contagion n'ait été opérée par les malades eux-mêmes. Ni macroscopiquement ni microscopiquement on ne trouvait de différence entre les scutules localisés sur le cuir chevelu et ceux situés sur les régions non velues. Dans les deux cas de la troisième catégorie, on observait dans un cas le favus développé uniquement sur la paupière supérieure du côté droit, dans l'autre les scutules faviques avaient leur siège exclusif sur la couronne du gland et dans le sillon coronaire. Dans ces deux cas les scutules ne différaient macroscopiquement absolument en rien des scutules de même dimension du cuir chevelu et présentaient aussi à l'examen microscopique les mêmes éléments parasitaires morphologiques.

Il n'y a donc, d'après cet exposé, aucun doute que, au point de vue clinique, il est impossible d'admettre l'existence de plusieurs formes de favus.

Il n'y a donc aucun motif de regarder cliniquement le favus des parties velues et celui des parties non velues comme deux maladies distinctes. Seules les conditions anatomiques de localisation sont la cause de la profondeur plus ou moins grande à laquelle pénètre le parasite, et de son développement plus ou moins considérable.

Pour la solution de la deuxième question, l'auteur doit tout d'abord rappeler les cas de favus de la tête dans lesquels des récidives se sont produites à plusieurs reprises sur des parties du cuir chevelu devenues chauves, n'ayant que quelques poils follets et où plusieurs fois le développement des scutules était précédé d'un cercle herpétique. Il doit aussi signaler les

cas dans lesquels sur des régions non velues une période herpétique évidente n'avait pas précédé la formation de scutules. Cette question ne saurait donc être résolue que par l'inoculation expérimentale.

Déjà des expériences de Köbner que l'auteur a été à même de confirmer il ressort nettement que la période herpétique antérieure ne se manifeste pas toutes les méthodes d'inoculation avec la même clarté ; cette période est plus apparente avec inoculation épidermique qu'avec inoculation sous-épidermique ou plutôt intra-épidermique. Mais il est à peine possible de pratiquer d'une manière parfaite le premier mode d'inoculation dans les régions très velues. En les rasanl, on ne peut pas éviter d'écorcher l'épiderme. Ces érosions ainsi que les germes pénétrant dans les parois des follicules pileux, où il se forme immédiatement un scutule, troublent le développement du cercle herpétique sur les parties très velues.

Toujours est-il que l'auteur a vu l'inoculation épidermique du favus de la tête de l'homme sur des souris il y a déjà lomptemps, avec une période herpétique précéder le développement des scutules.

Il est donc certain que la période herpétique antérieure appartient au cercle de développement du favus de la tête, quand même elle apparaît rarement et qu'on l'observe plus rarement encore.

Sur les régions non velues du corps il se produit, ainsi que cela résulte de nombreuses inoculations, très souvent mais non toujours de l'herpès, il n'existe donc sous ce rapport, eu égard à toutes les localisations de la maladie, qu'une certaine corrélation, qui ne peut en aucun cas être basée sur les propriétés spécifiques du champignon.

La raison de la différence génésique du développemement du favus sur les diverses régions du corps tient à la diversité anatomique de la localisation et à la différence du mode de transmission.

L'apparition de la période herpétique antérieure n'est cependant pas la seule forme initiale du favus. Il y a trois ans, à l'occasion de deux cas d'éruptions maculeuses faviques aiguës généralisées, l'auteur a déjà signalé une période antérieure du favus qui consiste dans le développement de plaques rouge brun, très squameuses, sur lesquelles il se développe au bout de peu de temps des scutules faviques typiques. Kaposi a fait la même observation presque en même temps.

L'examen microscopique des squames prises indifféremment sur les taches ou les points herpétiques prouva l'existence du même état morphologique d'éléments parasitaires.

La deuxième partie du travail de l'auteur est consacrée à l'étude du champignon du favus. Les inoculations ont été faites avec le champignon ordinaire obtenu par culture. La partie de la peau à inoculer était soigneusement lavée avec de l'eau et du savon, puis rincée avec une solution de sublimé et de nouveau lavée avec de l'éther. Les champignons destinés à l'inoculation étaient délayés dans du bouillon et portéssur la peau, soit simplement avec un anneau de platine et y étaient écrasés (inoculation épidermique), soit avec une aiguille à inoculation, puis introduite dans un follicule de la peau (inoculation intra-épidermique), en évitant autant que possible l'écoulement du sang. Toutes les inoculations furent faites à la face interne du bras ; on recouvrit les points inoculés avec du papier ordi-

naire, du papier de soie ou plusieurs couches de taffetas gommé ou d'ouate hydrophile, le tout maintenu avec un emplâtre adhésif et en ayant soin d'appliquer sur tout le bras une manche en tricot.

De ses recherches Pick tire les conclusions suivantes :

1° Le champignon pris à un scutule de la partie velue de la tête peut provoquer, si on l'inocule à une région non velue, une maladie favique intense, et le développement du favus se produit principalement avec l'inoculation épidermique sous forme d'une période herpétique antérieure.

2° Le champignon pris sur le même scutule, après qu'il a été cultivé sur l'agar, peut déterminer par inoculation sur des parties non velues de la peau la même maladie et sous la même forme.

3° Les champignons cultivés, provenant des deux espèces de scutules d'inoculation, concordent sous tous les rapports avec les parasites cultivés émanant des foyers originaires.

L'auteur croit donc pouvoir considérer le favus comme un processus morbide unique et désigner le champignon très caractéristique comme la cause de la maladie. A. Doyon.

Traitement du lupus par la tuberculine. — P.-G. Unna. Ueber die Verwendung des Tuberkulins bei der Lupusbehandlung und einige neue Mittel gegen Lupus (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1891, t. XII, p. 341).

Unna considère que la tuberculine a relativement au lupus une importance diagnostique incontestable. Il est vrai toutefois que d'autres dermatoses, et avant tout la lèpre et le lupus érythémateux, réagissent aussi sous l'influence de la tuberculine, mais le mode de réaction dans ces cas est tout à fait différent.

Depuis les travaux de Koch, c'est-à-dire depuis qu'il n'y a plus une scrofulose indépendante de la tuberculose, cette notion de l'eczéma scrofuleux n'est plus aussi iusignifiante qu'autrefois. Il est actuellement très important de savoir si des bacilles tuberculeux peuvent dans certaines circonstances provoquer un eczéma, un catarrhe humide de la peau et seulement un catarrhe de ce genre — eczéma tuberculeux. Unna admet comme on le sait cette forme d'eczéma qu'en France, on tient en général pour un catarrhe banal de la peau chez les individus lymphatiques, sans caractère déterminé et surtout sans caractère tuberculeux spécifique, tout au plus comme une porte d'entrée du bacille de la tuberculose.

Or, selon l'auteur, il serait possible de démontrer que les eczémas tuberculeux typiques réagissent sous l'influence de la tuberculose, tandis qu'il n'en est pas de même pour d'autres, notamment pour l'eczéma séborrhéique typique ; on ne peut donc pas mettre en doute la nature tuberculeuse des premiers. Dans 7 cas d'eczéma tuberculeux (5 enfants et 2 jeunes gens), les injections déterminèrent des réactions, tandis que dans 7 cas d'eczéma séborrhéique la tuberculine ne produisit ni réaction générale ni réaction locale. Unna cite le cas intéressant d'un malade atteint d'eczéma tuberculeux typique de la face, qui présentait en même temps sur la tête un eczéma croûteux, circonscrit, séborrhéique, typique. Tandis que le

premier réagissait immédiatement sous l'influence des injections, on n'observait pas la plus légère modification dans le second.

Toutes les expériences cliniques ainsi que les observations histologiques ont appris jusqu'à présent que l'action favorable de la tuberculine sur le lupus, que la résorption et la fonte du plasmome suit d'abord une marche parallèle à la congestion inflammatoire de la périphérie des papules. La congestion inflammatoire est donc le centre de l'action locale de la tuberculine. Mais si l'hyperhémie inflammatoire n'est qu'un phénomène consécutif, c'est-à-dire la manifestation d'une décomposition primaire du tissu lupique et d'une résorption primaire, il est clair qu'il faut regarder l'inflammation comme une simple réaction inflammatoire des vaisseaux sur ces processus.

L'auteur a vu dans un grand nombre de cas une disparition frappante du tissu lupique dans lesquels l'hyperhémie inflammatoire était ou de peu d'importance ou manquait complètement. Il a surtout observé cette absence de réaction, très importante au point de vue pratique, dans les cicatrices lupiques et le fibrome lupique diffus. Il a déjà indiqué que les cicatrices, les bourrelets cicatriciels, les kéloïdes cicatricielles d'origine lupique qui surviennent spontanément et après des interventions insuffisantes ont une structure histologique qui leur est propre et par conséquent on devrait les nommer non des cicatrices, mais des fibromes lupiques, en opposition aux cicatrices lupiques vraies, qui terminent définitivement le processus lupique tout entier. Il peut encore dire que les formes étendues et diffuses de cette néoplasie lupique, qui constituent le lupus tumidus et le lupus éléphantiasique, ont exactement la structure des fibromes lupiques circonscrits.

Toutes ces variétés du fibrome lupique disparaissent admirablement sous l'influence de la tuberculine et sur les parties de la peau les plus fortement tonifiées des membres, sans qu'une hyperhémie se soit développée auparavant.

De nombreux exemples ont appris à Unna, déjà après les premières injections, qu'une résorption du tissu lupique peut avoir lieu absolument sans hyperhémie inflammatoire, tant dans le plasmome que dans le fibrome lupiques. Il est absolument inutile de provoquer une hyperhémie inflammatoire; on peut se borner dès l'abord à un traitement *refracta dosi* beaucoup plus agréable pour les malades.

Voici les cas dans lesquels le traitement de Koch est indiqué :

1° Dans les cas de foyers lupiques multiples, très étendus, on peut en une fois obtenir de grands résultats par la méthode de Koch, tandis que tous les modes de traitement externe présentent de graves inconvénients.

2° Dans toutes les formes du fibrome lupique, principalement de celles avec ectropion des yeux et des lèvres, obstruction des fosses narines, contractures des articulations. etc.

3° Dans le lupus du conduit auditif et de l'oreille externe, puisque celui-ci est le moins accessible aux remèdes actuels.

4° Dans tous les cas où l'on a à établir une distinction précise entre le fibrome lupique et la cicatrice définitive, ou bien quand il s'agit de reconnaître dans les cicatrices la présence de papules de plasmome.

Dans ces cas l'auteur ne voudrait pas renoncer au traitement de Koch, du moins pas avant qu'on ait trouvé un traitement général encore plus efficace et plus doux.

Unna conseille ensuite d'autres substances qui peuvent rendre des services dans le traitement du lupus, il les divise en deux groupes, celles à action douloureuse et celles à action non douloureuse. Aux premières appartiennent l'acide phénique pur, l'ortho-mea et parakresole, la créosote de goudron de houille, la créosote de goudron de hêtre ; aux dernières huile d'aniline, l'essence de girofle et le lysol :

1° *L'huile d'aniline* est très utilisée en histologie ; par son emploi on arrive à la transparence complète des surfaces lupiques, ce qui permet de rendre visibles les plus petites nodosités et de les détruire alors par la cautérisation. On peut aussi l'employer comme véhicule pour les phénols. Avec le mélange de deux parties d'acide phénique à une partie d'huile d'aniline, l'action profonde de l'acide phénique est conservée puisque l'aniline peut aussi pénétrer les tissus contenant de l'eau. Pour le même motif c'est un agent lupicide si on l'applique en quantité suffisante, par exemple un tampon d'ouate imbibé d'aniline et recouvert d'une feuille de gutta-percha. Toutefois il ne peut le conseiller pour la guérison du lupus, car employée sous cette forme à cause de la toxicité de l'huile d'aniline, est un agent de réduction de premier ordre comme le pyrogallol, mais encore supérieure à celui-ci comme force de pénétration.

2° *Essence de Girofle.* L'essence de girofle partage avec l'aniline la propriété de rendre visibles les plus petites nodosités et jusqu'à un certain point, sa force de pénétration. L'auteur recommande l'essence de girofle comme seul traitement initial du lupus grave (compresses imbibées d'essence et recouvertes de gutta-percha, emplâtres), soit comme addition calmante aux phénols dans tous les cas où l'addition de l'huile d'aniline n'est pas possible, principalement aux membres parce que ici, en opposition à la face, il est souvent nécessaire de provoquer une tuméfaction et une hyperhémie plus prononcées des nodosités.

3° *Lysol.* — Unna ne l'a employé jusqu'à présent que sous forme d'emplâtre. Son application n'est pas absolument exempte de douleurs ; elle détermine une pellicule très mince, blanche, qui au bout de 24 heures est enlevée avec l'emplâtre. Grâce à ce traitement la peau devient nette, comme polie et l'on voit ressortir très nettement chaque nodosité ; elles diminuent lentement de volume.

4° *Camphre.* — Ce médicament est un bon adjuvant pour la thérapie du lupus ; la pommade camphrée a une action favorable sur le lupus ulcéré. Le camphre rend aussi des services soit pur, soit trituré avec l'essence de girofle pour faire une pâte, soit sous forme d'emplâtre ou mélangé au chloral.

A. Doyon.

Blennorrhagie chronique. — Kromayer. Zur Therapie des chronischen Trippers (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, p. 588).

Au point de vue pathologique on distingue la blennorrhagie de la partie antérieure (p. caverneuse) de l'urèthre, de celle de la partie postérieure (p. membraneuse et prostatique). Cette division est importante pour la pathologie, en ce sens que ces deux portions du canal sont nettement séparées l'une de l'autre par un muscle, le compresseur de la partie membraneuse ; elle est non moins importante pour la thérapeutique parce que le liquide qui est injecté dans la partie antérieure ne peut pas pénétrer dans la partie postérieure, par suite de la contraction réflexe de ce muscle. D'autre part, le liquide qui est dans la portion postérieure ne peut pas s'écouler dans la portion antérieure, mais coule dans la vessie, attendu qu'il n'existe pas d'obstacle réel à l'orifice urèthro-vésical.

Pour savoir qu'elle est la partie malade, l'auteur fait une injection avec une solution de pyoctanine, qui colore en bleu tous les filaments de la partie antérieure du canal.

Si l'urine présente des filaments bleus et blancs c'est la partie postérieure qui est atteinte ; s'il n'y a que des filaments bleus, la partie postérieure est indemne.

Le traitement le plus simple de la blennorrhagie de la partie postérieure est de laver cette partie au moyen d'un cathéter mou ou de celui d'Ulzmann avec un liquide médicamenteux (sulfate de zinc, sulfate de cuivre, résorcine et avant tout nitrate d'argent). On emploie ce dernier en solution de 1 sur 4000 jusqu'à 1 sur 500, en augmentant graduellement.

Le malade doit uriner avant le lavage.

Cette méthode donne des résultats rapides et sûrs. Un autre procédé consiste dans l'instillation de solutions concentrées, principalement de nitrate d'argent au moyen de la seringue de Guyon. On commence par quelques gouttes d'une solution à un quart 0/0, en augmentant petit à petit la quantité et la concentration jusqu'à 2 0/0, et plusieurs centimètres cubes.

La plupart des malades guérissent avec l'une ou l'autre de ces deux méthodes dans l'espace de 3 à 8 semaines.

Le processus dans la blennorrhagie de la partie postérieure est presque toujours superficiel et l'introduction de la sonde dans cette partie est tout à fait inutile, puisqu'on peut obtenir la guérison avec d'autres procédés plus simples, le passage des sondes n'est d'ailleurs pas sans danger parce qu'il peut provoquer une inflammation de la vessie, des conduits séminifères et de la prostate.

Ce traitement par les sondes est au contraire dans beaucoup de cas de blennorrhagie de la partie antérieure avantageux ou même indispensable.

On ne peut établir qu'avec l'endoscope le siège précis de l'inflammation

dans la blennorrhagie de la partie antérieure. Si le processus est superficiel et en même temps diffus on se bornera aux injections, ou, ce qui est encore préférable, aux lavages de l'urèthre avec des astringents ou à de très légères cautérisations ce n'est que dans les cas des lésions circonscrites que l'on pourra avoir recours à une forte cautérisation. S'il s'agit d'inflammations profondes on posera le diagnostic d'après les modifications de la figure centrale, de la sonde et des réflexes de la lumière. L'auteur s'est bien trouvé aussi, au point de vue du diagnostic d'introduire, dans le canal des bougies cylindriques minces.

Dans tous les cas où existent des infiltrats profonds il faut revenir au traitement par les sondes. Elles agissent en provoquant la résorption par compression et extension. Si le processus blennorrhagique a gagné les follicules de Morgagni, la plupart des méthodes thérapeutiques sont inutiles, seule la section du follicule avec l'uréthrotome pourraît être utile.

Selon Kromayer si l'inflammation de la portion antérieure est en somme beaucoup plus tenace que celle de la portion postérieure, cela tient principalement à des conditions anatomo-pathologiques, c'est-à-dire que la partie antérieure est le siège fréquent d'inflammations profondes, tandis que la partie postérieure est presque toujours atteinte superficiellement.

A. Doyon.

Uréthrite postérieure. — J. Heisler. Ueber die Zeit und Ursache des Ueberganges der Gonnorrhöe auf die Pars posterior urethrae. (*Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 761).

Selon l'auteur, l'uréthrite postérieure se produit beaucoup plutôt que les auteurs ne l'ont admis jusqu'à présent. Il résulte des recherches de Heisler qu'on l'a constatée dans la première semaine dans 20 0/0, dans la deuxième dans 34 0/0, dans la troisième dans 14 0/0 des cas.

Les maladies constitutionnelles, surtout la syphilis, ne jouent dans l'étiologie de la blennorrhagie postérieure qu'un rôle d'une importance tout à fait secondaire. La syphilis n'est nullement un facteur pouvant abréger la période d'incubation de l'uréthrite postérieure ; par conséquent il est impossible d'admettre que des individus atteints de syphilis soient atteints d'uréthrite postérieure en plus grande proportion que les individus non syphilitiques.

Parmi les causes externes qui favorisent l'apparition de l'uréthrite postérieure, les travaux continués pendant longtemps hâtent le moment où elle se produit. Il faut donc considérer le travail comme un élément essentiel dans l'étiologie de cette propagation.

L'auteur insiste sur ce fait que l'uréthrite postérieure survient avec la même rapidité que l'on ait employé des injections ou qu'on se soit borné à un traitement interne.

On admettait évidemment à tort que pour triompher de la résistance du muscle compresseur de l'urèthre, l'action de causes externes ou internes était nécessaire ; et que, en l'absence de ces facteurs, le muscle forme entre les parois antérieure et postérieure de l'urèthre de l'homme, une cloison qui empêche la propagation du processus blennorrhagique aigu d'une partie dans l'autre.

Heisler ne regarde donc pas l'inflammation blennorrhagique de la portion antérieure comme une maladie à évolution aussi typique que ne l'ont admis les auteurs. Il ne peut entre autres accepter cette opinion que la maladie, partant de la fosse naviculaire, envahit au bout de trois semaines le bulbe de l'urèthre et que ce n'est qu'après ce laps de temps, si l'inflammation est arrivée à son summum, que le processus s'étend à la portion postérieure. Dans la plupart des cas cela à lieu dès la première ou la deuxième semaine après l'infection, sans que le transport direct du pus blennorrhagique dans la partie postérieure, se soit fait au moyen d'une sonde ou d'un cathéter.

On rencontre très souvent l'uréthrite postérieure sans qu'il soit possible de constater la plus légère influence de causes nocives externes ou internes. Si l'on se rappelle la fréquence extrêmement relative de l'uréthrite postérieure, il faut considérer dorénavant cette maladie non comme une complication de l'uréthrite ancienne, mais comme un état consécutif qui en fait partie intégrante.

A. Doyon.

Blennorrhagie rectale. — Franz Frisch. *Ueber Gonorrhoea rectalis.* (Verhandl. d. physik. med. Gesellsch. zur Würzburg, t. XXV, n° 6, u. Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, 1891, p. 954).

Il s'agit d'une fille de 17 ans atteinte de blennorrhagie uréthrale et qui dans les derniers temps avait pratiqué plusieurs fois le coït per rectum. Douleurs brûlantes aiguës dans le gros intestin, devenant intolérables lorsque la malade va à la garde-robe ; eczéma péri-anal ; la sécrétion qui s'écoule par l'anus contient de nombreux gonocoques les uns libres, les autres renfermés dans des cellules de pus. Au spéculum, la muqueuse du gros intestin est très rouge, tuméfiée et recouverte de pus ; environ 4 cent. au-dessus de l'anus, ulcération assez superficielle, irrégulière, qui plus tard augmente encore en étendue. Un traitement continué pendant 6 mois avec bains de siège, lavages, application d'ouates, ne modifièrent en rien la blennorrhagie rectale. La malade n'était pas guérie lorsqu'elle succomba sept mois plus tard à une phtisie pulmonaire aiguë.

L'examen histologique des fragments de la muqueuse, excisés pendant la vie et après la mort, montra dans les parties malades des lambeaux d'épithélium cylindrique, la disparition d'une partie des glandes de Lieberkühn, une prolifération atypique des glandes avec néoplasie conjonctive provenant des bords de l'ulcération. Une très forte infiltration de cellules rondes à un seul noyau s'étendait jusque dans la tunique musculaire du rectum ; par contre l'immigration des gonocoques renfermés dans des cellules rondes polynucléaires ou libres ne dépassait pas les couches supérieures de la muqueuse, jusqu'à la couche musculaire. Leur présence était limitée aux parties de la muqueuse portant l'épithélium cylindrique, tandis que l'infiltration de cellules rondes descendait jusque dans la région du sphincter externe. A. Doyon.

Gonocoque (culture du). E. Wertheim. — Zur Lehre von der Gonorrhoe (*Rager medicinische Wochenschrift*, 1891, p. 265, 278).

L'auteur résume de la façon suivante les conclusions de son travail:

1° On obtient très facilement des cultures pures du gonocoque au moyen du procédé des plaques, si l'on emploie comme terrain de culture le sérum du sang humain.

Dans l'espace de trois jours, on réussit de cette manière à obtenir sûrement une culture pure de gonocoques.

2° Les cultures pures obtenues par ce procédé provoquent, comme Wertheim a eu l'occasion de le constater cinq fois, par leur transport dans l'urèthre de l'homme, une blennorrhagie gonococcienne typique.

3° De la possibilité de l'emploi de la méthode des plaques, il résulte:

a) Que le genocoque se développe aussi dans la profondeur du milieu nutritif;

b) Qu'il n'est absolument pas nécessaire d'ensemencer en proportion considérable le milieu nutritif, bien plus, chaque germe de gonocoque donne lieu à une colonie. Les cultures en piqûre ou en traînée prospèrent de la même manière.

4° Le sérum du sang humain est de beaucoup le meilleur terrain de nutrition pour le gonocoque, toutefois, on peut obtenir sur le sérum du sang d'animaux ou sur de l'agar-agar de maigres cultures, même par ensemencement direct du pus blennorrhagique.

5° Des cultures bien développées de gonocoques sur du sérum sanguin sont, même après 4 à 5 semaines, encore cultivables, si on les inocule à un nouveau sérum de sang humain, à condition toutefois de les préserver de la sécheresse.

6e Leur virulence ne se perd même pas rapidement, si on les cultive dans des milieux nutritifs artificiels. Une culture non interrompue de quatre semaines dans du sérum sanguin conserve toute sa virulence transportée dans l'urèthre de l'homme.

7° La croissance du gonocoque est notablement plus forte si l'on soustrait de l'oxygène au lieu d'en ajouter.

Après avoir acquis la conviction par des expériences directes que le staphylococcus pyogenes aureus et le streptococcus pyogenes introduits dans la cavité abdominale des animaux, en même temps qu'un terrain de culture solide, provoquent sûrement une péritonite presque toujours mortelle, l'auteur constata que le gonocoque de Neisser déterminait une péritonite dans les mêmes conditions.

L'examen microscopique de la paroi abdominale montra que la surface du péritoine était partout recouverte d'une couche plus ou moins épaisse de cellules de pus; on trouvait, soit dans ces cellules, soit entre elles, des quantités extraordinaires de gonocoques. Le tissu même du péritoine était traversé en tous sens par des cellules de pus contenant de nombreux gonocoques. Sous la séreuse, il y avait entre les faisceaux musculaires de longues traînées de gonocoques. Sur les points spécialement atteints, il semblait que les fentes lymphatiques étaient comblées par des masses de gonocoques.

En terminant, l'auteur rapporte deux cas d'abcès ovariens d'origine purement blennorrhagique. A. DOYON.

Gonocoque. — E. WERTHEIM. Reinzüchtung des Gonococcus Neisser mittels des Plattenverfahrens (*Deutsche med. Wochensch.*, 1891, p. 1351).

On répand du pus blennorrhagique dans du sérum liquide de sang humain, puis on fait deux dilutions d'après la manière habituelle. On place les tubes aussitôt après le mélange dans un bain-marie à 40° C. et leur contenu est ensuite bien mélangé avec environ parties égales d'agar liquide (2 0/0 agar, 1 0/0 peptone, 0,5 0/0 NaCL), refroidi dans le même bain-marie et versé sur des plaques. On les porte dans la chambre humide et on les place dans l'étuve réglée de 36 à 37° C. Au bout de 24 heures, on voit à l'œil nu sur les plateaux I et II, des colonies distinctes. Sur le plateau II, les colonies ont déjà atteint un volume suffisant pour être inoculées. Les jours suivants, les colonies augmentent encore notablement.

Si on examine les préparations, avec de forts grossissements, la forme, le groupement et la manière dont les éléments se comportent à l'égard des colorations, montrent bien qu'il s'agit de gonocoques. Il est facile de différencier ces colonies des autres cocci spécifiques pyogènes. La preuve certaine que les colonies qui se développent sur les plateaux sont de véritables colonies du gonocoque de Neisser, devait naturellement être vérifiée par la transmission sur l'urèthre de l'homme,

Si l'on inocule les colonies des plaques sur du sérum humain coagulé, on a, au bout de 48 heures, des cultures pures avec tous leurs caractères macroscopiques et microscopiques, concordant avec les cultures pures obtenues d'après la méthode de Bumm par transport direct du pus blennorrhagique sur le sérum humain coagulé.

Avec les cultures pures obtenues de cultures sur plaques, lesquelles provenaient de pus blennhorragique uréthral récent et de trompes malades par blennorrhagie ascendante de la femme, l'auteur a inoculé 5 fois l'urèthre sain de sujets paralytiques, et chaque fois avec un résultat positif. Le processus purulent de la muqueuse uréthrale, provoqué par l'inoculation, était évidemment de nature blennorrhagique, car il en présentait tous les caractères typiques et a duré de 4 à 5 semaines; de plus, on a toujours trouvé de nombreux amas caractéristiques de gonocoques à l'intérieur des cellules de pus. Cette transmission positive chez l'homme démontre d'une manière certaine que les cultures pures obtenues par la méthode du plateau étaient réellement des cultures du gonocoque de Neisser.

A. DOYON.

Chancre mou. Traitement. — BALZER et SOUPLET. Emploi du chlorure de zinc dans le traitement du chancre mou et du bubon (*Bulletin médical, n°* 78, p. 899, 1891).

Les cautérisations du chancre mou avec la solution de chlorure de zinc

ou avec l'éther zincé au dixième étant trop rapides et devant être renouvelées à des intervalles assez rapprochés, MM. Balzer et Souplet ont employé le chlorure de zinc sous forme de pâte ou de poudre au dixième, dont l'action est plus prolongée. Ils ont fait usage de la pâte de Socin : chlorure de zinc 5 à 6 parties, oxyde de zinc 50, eau 50.

Quand ils se servent de la pâte, ils procèdent de la manière suivante : Le chancre est bien lavé et bien séché, puis recouvert d'une certaine quantité de pâte au-dessus de laquelle on met quelques filaments d'ouate ; le prépuce est ramené ensuite sur le gland pour un chancre du gland et de la rainure. Si le chancre siège sur le fourreau ou sur un doigt, on recouvre le chancre de pâte en faisant déborder largement, de façon à avoir une sorte d'anneau autour de la verge ; on la recouvre d'ouate, et enfin avec une petite bande de gaze imbibée de pâte, on fait plusieurs circulaires en ajoutant entre chaque tour une certaine quantité de pâte, de manière à faire un petit bandage assez épais.

Au début, M. Balzer enlevait le pansement tous les jours ; aujourd'hui, il le laisse plus longtemps ; il a guéri un chancre mou du doigt en huit jours, avec deux pansements circulaires.

Une fois la virulence du chancre éteinte, on panse avec une poudre antiseptique quelconque.

La douleur des applications de la pâte de Socin est très supportable. Le malade éprouve de la cuisson pendant une demi-heure ou trois-quarts d'heure. Il n'y a à craindre aucune irritation sur les parties saines en contact avec la pâte.

Quand il emploie la poudre sèche (chlorure de zinc une partie, oxyde de zinc dix), les pansements sont faits après lavage du chancre, deux à quatre fois par jour. Les résultats sont bons, la douleur supportable, mais la poudre agit moins bien que la pâte, l'occlusion étant moins parfaite, la durée du traitement est plus longue.

Dans le traitement du bubon, l'emploi de la pâte de Socin paraît aussi à M. Balzer devoir être recommandée malgré les douleurs vives qu'elles déterminent pendant deux ou trois heures. S'il s'agit d'un bubon suppuré bien limité, il fait une petite incision, et le pus évacué il met dans la plaie une petite quantité de pâte, et par-dessus, de façon à déborder largement sur la peau voisine, des couches alternatives de pâte et d'ouate hydrophile. Si le pansement est peu étendu et le malade docile, on peut ne pas mettre d'autre pansement, sinon on applique un spica.

Si le bubon est virulent, ulcéré spontanément avec décollement plus ou moins étendu, après avoir suivant les cas agrandi l'ouverture, on met les surfaces profondes en contact immédiat avec le chlorure de zinc en enfonçant dans la cavité, quelques centimètres de gaze antiseptique imbibée de la pâte. Deux ou trois pansements semblables faits tous les trois ou quatre jours sont suffisants ; et la plaie pansée alors avec la gaze iodoformée ordinaire se cicatrise très rapidement. L. PERRIN.

Syphilis. Evolution. — O. Lasch. Ein Beitrag zu der Frage: Wann wird die Lues constitutionnell? (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 61).

Quand la syphilis devient-elle constitutionnelle? Autrement dit, à quel moment survient l'immunité contre la syphilis? L'auteur, pour élucider ce point, rapporte brièvement les principaux faits déjà publiés, plus trois cas qu'il a observés dans la clinique du professeur Neisser à Breslau. Nous les résumerons ici :

Ier Cas. — Homme de 32 ans, tailleur de pierres, entré à l'hôpital le 17 septembre 1883. Blennhorrhagie il y a plusieurs années. Pas de coït depuis 8 mois. Il y a 8 semaines, eczéma généralisé. Il y a 6 semaines, le malade remarqua qu'une plaie existant déjà auparavant au milieu de la lèvre supérieure, s'étendait et devenait dure. Ce malade a eu plusieurs fois de l'acné aux lèvres. Huit jours plus tard, il fit sortir avec les doigts le contenu purulent de deux pustules qui s'étaient formées au-dessous de la commissure buccale gauche, il se forma alors en ces points, des infiltrats peu douloureux, durs, humides à la surface, qui augmentèrent graduellement et se recouvrirent de croûtes brunes.

Il y a 3 semaines seulement, il aperçut sur la face dorsale du pénis, dans le sillon coronaire, un ulcère allongé envahissant principalement le prépuce, engorgement indolent des ganglions inguinaux, sous-maxillaires et cervicaux. Ni enrouement ni chute des cheveux. Etat général très satisfaisant. Coloration cyanosée des mains et des avant-bras, existant probablement depuis longtemps et d'origine professionnelle.

Le malade, interrogé avec soin, n'avoue pas de relation sexuelle. Par contre, il croit avoir été infecté par un verre commun à lui et à un camarade malade, et pouvoir expliquer, par une transmission accidentelle avec les doigts, l'ulcère pénien et les deux indurations du menton.

État actuel. — Sur tout le corps, exanthème maculeux disséminé, en partie mêlé à de petites efflorescences papuleuses, lesquelles appartiennent à un eczéma modérément développé, qui siège principalement sur les avant-bras, ainsi que sur la poitrine et le dos. Sur les avant-bras, il y a encore des vésicules miliaires à contenu clair comme de l'eau. Pousse des cheveux normale. Au milieu de la lèvre supérieure, sclérose typique d'environ 3 centimètres de longueur et 1 1/2 de largeur. Au-dessous de la commissure buccale gauche, une ulcération recouverte de croûtes foncées, au-dessous desquelles on voit deux surfaces ulcérées qui ont tout à fait l'aspect d'une sclérose. Les ganglions sous-maxillaires et sublinguaux ainsi que les ganglions cervicaux sont indolents et très volumineux ; il en est de même des ganglions inguinaux des deux côtés. Dans le sillon coronaire, sur la face dorsale du pénis, large sclérose entourant la moitié de la circonférence du pénis.

Dans ce cas, il faut admettre avec la plus grande réserve, eu égard à l'induration du gland, les dires du malade, qui nie toute infection par le coït, mais d'autre part, on ne peut pas constater *à priori*, la transmission d'un point à un autre. et on doit par conséquent tenir compte des données anamnestiques. On a toutefois affaire ici à un cas qui, par l'apparition multiple de plusieurs affections primaires dans l'espace de trois semaines, s'éloigne déjà de l'évolution normale et permet de croire que 3 semaines après un premier accident primitif on peut en voir se développer un second chez le même individu.

IIe Cas. — Homme de 28 ans. Pas de maladies vénériennes antérieures. Ce malade entre le 28 octobre à l'hôpital. A la fin de novembre, il crût avoir été infecté. Trois jours plus tard, il remarqua en arrière du gland un point rouge sur lequel il se développa très rapidement une pustule, à laquelle succéda une ulcération. Huit jours plus tard, ganglions inguinaux du côté gauche tuméfiés mais peu douleureux, traités par des cataplasmes chauds et des badigeonnagés iodés. La tuméfaction et les douleurs augmentant, le malade se décida à entrer à la clinique.

Au moment de son admission, on constate une sclérose très caractérisée sur le pénis, un peu en arrière du sillon coronaire, sur la ligne médiane et dorsale. Dans l'aine gauche, ganglions tuméfiés, avec fluctuation au sommet. Le 30 décembre, le bubon fut ouvert. On fait à ce moment 5 inoculations sur le bras gauche avec le pus du chancre pénien, Le 2 janvier 1888. état général bon ; rien aux points inoculés. Le 9 janvier, on change le pansement ; les plaies sont nettes, en granulation ; l'ulcère s'est peu à peu nettoyé, induration typique, Pas de symptômes généraux. Le 13 janvier, on renouvelle le pansement. Plaie en granulation ; l'ulcère du gland a un peu diminué. Pas trace de syphilis. 25 janvier, l'ulcère du pénis s'étend en arrière sous la peau. La plaie du bubon est devenue très petite. 6 février, le malade se plaint de douleurs au niveau des inoculations faites sur le bras. (L'auteur dit qu'on avait fait ces inoculations parce qu'on regardait l'ulcère primaire comme un chancre mixte.)

Des 5 piqûres d'inoculation trois s'étaient transformées en ulcères plus ou moins larges et recouvertes de croûtes. Au-dessous surface ulcérée, nettement indurée. Les deux autres présentaient l'aspect typique des papules primaires. Ganglions axillaires engorgés. D'ailleurs pas de syphilis. 9 février quelques taches roséoliques encore peu caractérisées sur le thorax. 13 février l'exanthème est devenu plus distinct et s'accentue les jours suivants.

Cette observation démontre qu'il est possible de transmettre la sclérose, dans ce cas, ce fut quatre semaines environ après la première infection ; à ce moment il n'était donc pas encore question d'une immunité de l'organisme, et, comme les scléroses d'inoculation, lorsqu'on les vit pour la première fois, peu de jours avant le début de la sclérose, étaient déjà très développées (en partie des scléroses indurées et exulcérées), on peut aussi admettre qu'elles ont été à peine influencées dans leur développement par la première affection primaire déjà existante. Ce fait aurait dû arriver très probablement, si pendant ce temps l'infection de l'organisme avait eu lieu, c'est-à-dire si l'immunité avait été réalisée.

L'auteur dit que l'ulcère originaire avait été diagnostiqué comme chancre mixte, non seulement à cause de la courte durée de l'incubation d'après l'anamnèse, mais encore en raison de son aspect caractéristique. Quand on commença les inoculations on devait s'attendre à ce que le pus contint encore du virus de chancre mou, bien que les points inoculés soient restés normaux au delà de la période d'incubation duc hancre simple. Il faut donc admettre que dans le premier chancre, le virus du chancre mou n'existait plus ou n'existait plus sous une forme tout à fait virulente, ou bien qu'on n'avait pas eu affaire à un chancre mixte, mais peut être à une infection mixte avec d'autres micro-organismes moins facilement transmissibles.

Il faut encore noter que les inoculations faites en même temps et en apparence dans les mêmes conditions ont donné des résultats différents; trois sont devenues des scléroses typiques; deux des papules primaires.

Cas III. — Le malade, étudiant en médecine, âgé de 24 ans, remarqua le 8 février deux petites papules, l'une sur la peau du prépuce en arrière du sillon coronaire, l'autre sur sa face interne. Le 11 février, on pouvait constater que ces papules ne présentaient encore aucune trace d'ulcération, d'engorgement des ganglions inguinaux. Ce malade racontait qu'il avait pratiqué le coït le 3, le 23 janvier et le 3 février; le 3 janvier et le 3 février avec la même personne atteinte de syphilis constitutionnelle. Le 15 février on fait l'excision des deux papules. Le 25 février la plaie du prépuce était cicatrisée, pas trace d'induration. Sur le pénis, la plaie en partie refermée s'était transformée en une ulcération déjà nettement indurée. Le 28 février l'induration est encore plus caractérisée, pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aine, aussi on essaye une fois de plus de détruire avec le Paquelin le foyer d'infection. Le 5 mars, la cicatrice préputiale est toujours complètement molle, on constate de nouveau une induration typique autour de l'eschare du pénis. Le 18 mars, le malade remarque pour la première fois sur le prépuce une légère induration. L'eschare du pénis s'est détachée, l'ulcère est très dur. Le 23 mars, sclérose typique de toute la cicatrice du prépuce, sur le dos on voit des traces de roséole. Les ganglions inguinaux sont légèrement tuméfiés depuis 8 jours.

Dans ce cas il s'agit, selon l'auteur, de l'excision de deux scléroses développées en même temps, chez l'une la récidive (l'induration) survient immédiatement après l'excision, chez l'autre il y eut entre l'opération et la première trace de réinduration un intervalle d'au moins quatre semaines.

En s'appuyant sur les trois observations ci-dessus et sur celles qu'il a colligées dans la science et dont il donne le tableau synoptique, Lasch conclut qu'avant l'apparition de la roséole il est possible d'inoculer avec succès au porteur d'une lésion primaire, la sécrétion de cette lésion, que par conséquent l'immunité contre le virus syphilitique ne se produit tout au plus que dans le cours de la période primaire; que, par conséquent, la lésion primaire n'est pas encore un signe de syphilis constitutionnelle.

A. Doyon.

Chancres syphilitiques. — MAURIAC. Chancres syphilitiques multiples (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, p. 578, 1891).

M. Mauriac rapporte l'histoire d'un homme présentant sept chancres infectants appartenant à la variété herpétiforme. Il fait remarquer à propos de ce cas que presque tous les chancres syphilitiques multiples confluents ou disséminés croissent à la même époque et évoluent simultanément. Les chancres mous, au contraire, peuvent se reproduire pendant toute leur durée et n'infectent point l'organisme, ils n'arrivent à créer tout au plus que certaines immunités locales momentanées quand telle ou telle région a été imprégnée de leur virus local jusqu'à saturation.

Le chancre syphilitique, ou infecte l'économie ou traduit un état général d'infection latent jusqu'à lui et dont il est la première expression. Quelle que soit de ces deux interprétations, celle que l'on adopte, il n'en est pas moins certain que le chancre induré devient très rapidement irréinoculable si même il ne l'est pas dès son apparition. C'est là un de ses grands caractères. C'est presque toujours en deux ou trois jours que se fait la succession des chancres. M. Mauriac a cependant recueilli une observation très précise qui montre que les chancres syphilitiques peuvent se développer sur le même individu successivement et à sept jours d'intervalle. Il n'est pas douteux qu'un grand nombre de malades s'exposent à des contaminations successives ; tels sont ceux qui cohabitent avec la femme qui les infecte pendant toute la durée de l'incubation chancreuse. Pourtant ils n'ont en général qu'un chancre et s'ils en ont plusieurs, les poussées s'opèrent à peu près simultanément.

Il faut éviter l'erreur qui consisterait à regarder comme des chancres, toutes les indurations qui se manifestent à une période avancée de la néoplasie primitive. Ces néoplasmes pseudo-chancreux ne dépendent point d'une contamination distincte de celle qui a produit le premier chancre, ils résultent d'une irradiation hyperplasique soit dans le tissu cellulaire circonvoisin, soit dans un point circonscrit du réseau lymphatique superficiel. De semblables syphilomes, sous forme de plaques et de tumeurs ont une affinité très grande comme forme et comme processus avec les chancres, les tubercules et la gomme. Ce sont eux qui ont fait croire aux chancres de réinfection ; on les observe sur les organes génitaux à toutes les phases de la syphilis. On doit voir en eux des effets plus ou moins tardifs de l'infection générale. L. PERRIN.

Chancres syphilitiques. — O'FARRIL. Chancro en ojo de puente (chancre en arche de pont). *Boletin medico de Puebla*, 1891, n° 4.

L'auteur décrit sous ce nom une variété de chancre du frein dont on peut se rendre compte en traversant avec un bistouri la base du frein, et en sectionnant le bord libre du prépuce. Le travail d'ulcération ne se limite pas toujours à la destruction du frein ; il détermine parfois la perforation de l'artériole du frein ou bien il se propage aux parois de l'urèthre qui sont détruites au point qu'il en peut résulter un hypospadias. La forme du chan-

cre dépend de celle du frein, suivant que le prépuce est plus ou moins large. Ces chancres commencent habituellement par le côté gauche, ce qui est en rapport d'après l'auteur avec le coït. Ceux dont le frein est très court sont plus que les autres exposés à cette variété de chancre, par suite de la saillie qui en résulte pendant l'érection. PAUL RAYMOND.

Syphilis des organes génito-urinaires. — LECORCHÉ et TALAMON. Syphilis brightique précoce (*La Médecine moderne*, 10 sept. 1891, p. 656).

Par ce néologisme quelque peu discutable, Lecorché et Talamon désignent une néphrite diffuse caractérisée par tous les symptômes du mal de Bright aigu et apparaissant d'une manière précoce, à la période secondaire de la syphilis, comme elle peut apparaître au cours de la scarlatine, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde. Ils préfèrent cette dénomination à celle de syphilis rénale parce qu'elle donne une meilleure idée de l'aspect du malade qui est celui d'un individu atteint du mal de Bright et non d'un simple albuminurique. L'aspect et les lésions du rein sont ceux du gros rein mou bigarré, tacheté de gris et de rouge et n'ont rien de spécial à la syphilis. Ces lésions, comme celles de toute néphrite aiguë, peuvent passer à l'état chronique et aboutir probablement à une des formes terminales du mal de Bright; mais la syphilis brightique précoce se caractérise essentiellement par sa curabilité sous l'inflence d'un traitement approprié, curabilité qui est au moins égale à celle de la néphrite scarlatineuse. Ce traitement est celui de toute manifestation syphilitique secondaire; en dépit des craintes théoriques, il doit consister uniquement dans l'administration du mercure, employé de préférence à l'extérieur sous forme de frictions cutanées.

Les auteurs rapportent à ce sujet l'observation d'un jeune homme de 28 ans, atteint de chancre syphilitique en février 1887, soumis dès le début à un traitement antisyphilitique; à la fin de mai, apparition de plaques muqueuses sur la langue, puis d'une roséole passagère, et enfin de taches à la paume des mains; au commencement d'octobre, œdème des pieds, puis de la face, urine peu abondante et fortement albumineuse (jusqu'à 19 grammes par jour), douleurs lombaires; la médication antiphlogistique et la digitale ne produisent pas de modification bien considérable dans les symptômes d'origine rénale; le malade est soumis à la fin de décembre au traitement antisyphilitique (pilules de sublimé, frictions mercurielles) qui est continué jusqu'au commencement d'avril, l'albumine diminue et finit par disparaître; depuis 3 ans, il n'y a plus eu aucune manifestation imputable à une lésion rénale. GEORGES THIBIERGE.

Albuminurie syphilitique. — E. WELANDER. Ueber Albuminurie und Cylindrurie durch syphilis und Quecksilber. (*Separatabdruck von Nord. med. Arkiv.*, t. XXIII, n° 29, 1891.)

L'auteur croit pouvoir tirer de ses recherches les conclusions suivantes :

1° L'albuminurie avec cylindres urinaires, provenant de la syphilis, est rare à la période précoce de cette maladie.

2° Dans une phase tardive de la syphilis il survient dans quelques cas, sans cause appréciable, une forme particulière de néphrite aiguë, avec cylindres urinifères granulés et hyalins, détritus, etc., en même temps que des papules, des tubercules, des gommes, etc. Sur d'autres parties du corps, ces lésions disparaissent en même temps que les autres symptômes syphilitiques, sous l'influence d'un traitement spécifique (cette néphrite peut même résulter de syphilomes du rein en suppuration).

3° Un traitement mercuriel énergique détermine très souvent la néphrite avec cylindres urinaires, parfois aussi l'albuminurie, qui surviennent en même temps que la stomatite, sous une forme grave ou légère, suivant les dispositions individuelles.

L'urine sans albumine et sans cylindres urinaires ne permet pas ainsi que le bon état des gencives de conclure qu'il n'a été absorbé qu'une quantité insignifiante de mercure ; on ne peut apprécier la proportion de mercure absorbée que par l'examen de l'urine et des matières fécales.

4° L'albuminurie avec cylindres urinaires, tenant au traitement mercuriel, passe assez rapidement et ne laisse en général pour l'avenir aucune prédisposition à la néphrite. A. Doyon.

Pleurésie syphilitique. — W. Nikulin. Ueber die Lues der Pleura. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, p. 981.)

L'auteur admet trois variétés de syphilis de la plèvre ;

1° Passage de la syphilis des poumons à la plèvre, pleuropneumonie syphilitique.

2° Passage de la syphilis du squelette de la cage thoracique et de la périostite syphilitique des côtes dans la plèvre. Par analogie avec processus semblables, mais non syphilitiques ; on peut désigner cette forme de la maladie sous le nom de péripleurésie syphilitique.

3e Syphilis proprement dite de la plèvre, inflammation syphilitique primaire de la plèvre (pleurésie syphilitique).

L'auteur a observé deux cas, dont le premier correspond à la deuxième et l'autre à la troisième forme de syphilis de la plèvre.

Cas I. — Malade âgé de 45 ans, depuis trois mois douleurs dans le côté droit, grande faiblesse, amaigrissement, fièvre, toux sèche, continue, sans expectoration. Il nie toute infection antérieure. Dyspnée très prononcée. Pendant la respiration et la toux, douleur aiguë sous l'omoplate droite. Asymétrie du thorax dans sa partie postérieure ; la colonne vertébrale n'est pas déformée, le côté gauche du thorax est normal en arrière, le côté droit au niveau de l'omoplate, à 4 travers de doigt de la colonne vertébrale, forme une saillie très accusée. A la palpation de cette région, on trouve une tuméfaction dure, douloureuse à une forte pression, tuméfaction qui passe peu à peu de la ligne axillaire droite dans la cage thoracique normale sur laquelle on sent nettement les côtes et les espaces intercostaux ; au niveau des points tuméfiés, au contraire, on ne sent pas les contours des côtes. La percussion de la poitrine donne au voisinage de

la tuméfaction un son mat. A l'auscultation, le murmure respiratoire est affaibli dans la partie supérieure de la tumeur, à la partie inférieure, il manque tout à fait. La moitié gauche de la poitrine ne présente rien d'anormal, ni à l'auscultation, ni à la percussion. Des ponctions faites à plusieurs reprises ne donnèrent aucun résultat.

L'iodure de sodium amena rapidement la cessation de la toux, la disparition complète de la fièvre et des douleurs, et au bout de deux mois de ce traitement, on ne trouvait plus trace de la tumeur sous-scapulaire.

Cas II. — Homme de 40 ans. Douleurs dans différentes parties de la poitrine, toux, oppression et fièvre. Marié depuis 12 ans, sa femme a eu 4 grossesses. trois enfants avant terme et un avortement. Syphilis il y a 19 ans. Depuis quelques mois, oppression, toux incessante sans expectoration. Fièvre. Rien à la percussion. L'auscultation des deux côtés de la poitrine fait entendre un bruit de râpe uniforme et intense de la plèvre. Pas de râles. Amaigrissement considérable et faiblesse, surtout depuis quatre mois,

L'administration de l'iodure de sodium amena au bout de trois semaines la disparition presque complète de la toux et de la dyspnée. Le bruit de râpe était incomparablement moindre, en quelques points, on ne l'entendait même plus.

Un mois plus tard, le poids du malade avait augmenté de 10 livres, la toux et la dyspnée avaient entièrement disparu, il en était de même du bruit de râpe. A. Doyon.

Rigidité du col de l'utérus d'origine syphilitique. — Maygrier. De la rigidité du col utérin pendant l'accouchement (*Sem. Méd.*, n° 51, 1891, p. 421).

M. Maygrier rapporte l'observation d'une secondipare syphilitique, atteinte après une grossesse régulière d'une rigidité du col infranchissable ; l'enfant mourut pendant le travail et fut extrait, après réduction par le basiotribe.

A l'occasion de ce cas, M. Maygrier étudie la rigidité du col utérin pendant l'accouchement : elle peut-être spasmodique, anatomique ou pathologique ; la rigidité due à la syphilis rentre dans ce dernier groupe. Elle peut être produite par le chancre siégeant sur le col, par des lésions secondaires ou tertiaires qui s'entourent, sous l'action hypertrophiante de la grossesse, d'une gangue fibreuse ; dans un cas suivi d'examen histologique, Fasola a constaté des lésions de sclérose avec endartérite syphilitique.

Si la rigidité spécifique est limitée, une issue favorable peut-être espérée, on ne doit pas y compter dans les cas où la sclérose est diffuse.

L. Perrin.

Syphilis et paludisme. — Gemy (d'Alger). Facteurs de la gravité de la syphilis. Syphilis et paludisme (*Bul. méd.*, n° 79, p. 907).

Pour M. Gemy, c'est de la graine et non du terrain que dépend la gravité ou la bénignité de la syphilis. Dans des travaux antérieurs analysés dans les Annales, il a développé ce sujet; aujourd'hui il apporte, à l'appui de cette thèse les observations de deux indigènes paludiques syphilisés à une source non mercurialisée. Ces deux malades ont eu des syphilis très graves; l'un en meurt, c'est celui qui avait eu les accidents d'impaludisme, les plus légers, l'autre qui était, au contraire, profondément cachectisé, sauve sa vie mais perd à peu près complètement la vue. L. Perrin.

Syphilis cérébrale. — Corminas. Dos casos de sifilis cerebral (*Revista de ciencias medicas de Barcelona*, 1891, p. 513).

La première observation peut se résumer ainsi : homme vigoureux de 34 ans, sans autre antécédent morbide que la syphilis. Chancre suivi de roséole légère et adénopathie sans aucun autre accident spécifique, de sorte que le malade se croyait débarrassé de sa syphilis. Six ans après le chancre, après quelques jours de céphalalgie tenace, bien que peu intense, localisée au front et à l'occiput, le malade devint subitement aphasique. Aucun autre symptôme cérébral; pas de paralysie, Guérison par le traitement mixte que le malade continue pendant trois mois. Deux ans après, le malade n'ayant pas continué son traitement tombe un jour dans un coma profond, après avoir accusé une violente céphalalgie. Injections de sublimé à un centigramme ; iodure de potassium de 5 à 15 grammes ; nouvelle guérison. Dans la deuxième observation les localisations cutanées ou muqueuses avaient été à peu près nulles mais l'encéphalopathie fut précoce et dès le début de forme convulsive. Attaques épileptiques tous les mois et survenant presque toujours la nuit : dans l'intervalle, petites attaques caractérisées par de véritables absences ne durant que quelques secondes et précédées de petits mouvements convulsifs de la face. Le nombre de ces petites attaques est très variable : parfois il se passe des semaines et des mois sans que le malade en ait; d'autres fois on peut en compter de 15 à 20 dans les 24 heures. L'auteur dit avoir remarqué à trois reprises que quelques heures avant l'attaque, les ganglions inguinaux augmentent de volume et que le malade en souffre au point de ne pouvoir marcher. Traitement mixte ; amélioration mais non guérison complète, le cas, dit l'auteur, était trop accentué. Dans ce cas, le traitement suivi par le malade lors des premiers accidents syphilitiques avait été à peu près nul : pour la première observation l'auteur n'en fait pas mention.

Paul Raymond.

Histoire de la syphilis. — J.-K. Proksch. Die Syphilis bei den alten Babyloniern und Assyriern (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1891, t. XII, p. 389).

Parmi les 30,000 tablettes en caractères cunéiformes et les fragments

de tablettes conservés au British Museum, il y en a 12 sur lesquels est traitée la légende vraiment sensationnelle d'Izdubar (Nimrod). Malheureusement aucune de ces 12 tablettes n'est complète; toutefois 6 d'entre elles ne présentent que de petites lacunes, des autres il ne reste que des fragments; on parvient cependant à lire le sens et le rapport de cette légende héroïque de l'ancienne Babylone. De cette épopée, il n'y a lieu de reproduire ici que ce qui concerne la syphiligraphie et ce qui est nécessaire pour la comprendre.

Istar (la déesse de l'amour physique, de la fécondité, du combat, etc., la mère aussi des Dieux et du genre humain), déclare au demi Dieu Izdubar (Nimrod) son amour; « je veux être ta femme, » ce qu'il refuse d'une manière très peu galante. Pour cet affront, Istar réclame satisfaction à son père assis dans le ciel. Un monstre gigantesque, le taureau du ciel, est lâché contre Izdubar et son ami Eabani, dont il sera question plus loin. Ce dernier saisit le monstre, comme la copie d'un ancien cachet babylonien nous le représente, d'un bras vigoureux par une corne et la queue, tandis que Izdubar traverse le cœur du monstre avec une arme insuffisamment caractérisée. A une imprécation horrible que la déesse Istar lance des murs d'Erich contre les meurtriers du taureau du ciel, Eabani répond en arrachant le ibattu (pénis et organes génitaux) de l'animal et en le jetant à la face de la déesse irritée. Nouvelle imprécation de la déesse; puis lamentations de la déesse ainsi que des servantes du temple sur l'ibattu du taureau du ciel. Eabani meurt après une maladie de douze jours; Izdubar est frappé, d'après la traduction de Rudolf Zehnpfund, « d'une maladie douloureuse et dégoûtante », « d'une affection repoussante », d'après Alfred Jeremias, de la « lèpre ». Izdubar guérit; pour apprendre le mystère de son apothéose, il prend le parti de se rendre près de son ancêtre Sît-Napistim (c'est-à-dire le rejeton de la vie) déjà réuni aux Dieux. Après toute espèce d'aventures, il arrive aux enfers. Sît-Napistim parlant de la maladie d'Izdubar, dit à sa femme : « Contemple l'homme qui demande la guérison (à proprement dire la vie), le sommeil l'a surpris pareil à une tempête. » Tous les deux s'entretiennent ensuite du plan de guérison ; la femme propose : « Enchante-le, que l'homme mange les aliments (enchantés), le chemin qu'il a parcouru qu'il le fasse guéri. » Sît-Napistim répond à sa femme : « Le mal de l'homme te fait de la peine, eh bien ! prépare-lui les aliments pour les lui mettre sur la tête..... l'homme mangea les aliments magiques. »

Cette médication interne paraît avoir été tout à fait inefficace, ou n'avoir servi que de cure préparatoire, car après quelques répétitions et quelques passages insignifiants ou tronqués du texte, Izdubar se plaint : « Où aller ? Ma.... l'esprit de la mort m'a saisi, sur ma couche habite la mort (et l'endroit sur lequel tu as placé mon vaisseau ?) il signifie mort ! »

Ceci engage Sît-Napistim à dire que le malade soit conduit à la source de la vie par le nautonnier Arad-Ea, il s'exprime ainsi : « Cet homme a le corps couvert de bubons, des peaux lépreuses ont détruit la grâce de son corps. Prends-le, Arad-Ea, porte-le dans le lieu de purification, qu'il puisse laver ses bubons purulents dans l'eau et devenir pur comme la neige, qu'il se débarrasse de ses peaux, que la mer les entraîne loin ; que son corps

apparaisse sain. Il faut renouveler les bandelettes de sa tête, ainsi que le voile qui couvre la région pubienne ; jusqu'à ce qu'il arrive dans son pays, jusqu'à ce qu'il atteigne son sentier, que le voile ne fasse point de plis, qu'il soit tout à fait neuf. » Le poème continue sans interruption : « Alors, Arad-Ea le prit, le conduisit dans le lieu de purification, il lava ses bubons avec de l'eau jusqu'à ce qu'il fût pur comme de la neige, il enleva ses peaux, la mer les emporta au loin ; son corps apparut sain. Il renouvela les bandelettes de la tête, ainsi que le voile qui recouvrait la région pubienne ; jusqu'à ce qu'il arriva dans son pays, jusqu'à ce qu'il parvint dans son sentier le voile ne faisait pas de plis, il était neuf. »

On peut déjà présumer avec quelque certitude, d'après les données mythologiques et pathogénétiques de cette ancienne légende babylonienne, la nature de la maladie du héros. Il avait grossièrement offensé avec son ami la déesse de l'amour charnel. A en juger par les lamentations d'Istar et des servantes du temple au sujet de l'ibattu, nous devons voir dans l'injure faite à l'ibattu du taureau du ciel un attentat contre le culte du phallus qui existait par conséquent aussi chez les anciens Babyloniens et Assyriens. C'est surtout cette injure qui indique la nature de la punition ou de la vengeance.

Une observation symptomatologique correspondante dans la partie thérapeutique montre que la maladie d'Izdubar est incontestablement la syphilis : « le voile qui recouvre la région pubienne, etc... », ne peut être comprise que dans ce sens : le voile jeté sur ou contre ses parties génitales ne doit pas être souillé par des sécrétions pathologiques et ne présenter ni froncements, ni plis, il doit être neuf, c'est-à-dire pur !

On ne peut pas préciser d'une manière aussi certaine la maladie de son ami, le monstre (Thiermensch), Eabani ; bien qu'elle ait évidemment la même origine. Nous savons par la plainte lugubre d'Izdubar au sujet de son ami : « ni l'espion de nergal, l'impitoyable, ni la peste, ni la phtisie ne l'ont enlevé ; ce n'est pas le champ de bataille des hommes qui l'a frappé, c'est la terre qui l'a emporté. » Cela ne peut vouloir dire autre chose sinon que Eabani n'a succombé ni à une maladie ordinaire, ni à la mort des héros. « La terre l'a emporté » ou englouti, ne doit sans doute pas être pris littéralement, puisqu'on sait qu'il est resté 12 jours dans son lit.

Un fragment de tablette qui, d'après l'opinion d'Alfred Jeremias, ne peut appartenir, à en juger d'après son contenu, qu'à une partie de la 8e ou de la 12e tablette cunéiforme, jette quelque lumière sur la maladie d'Eabani. Mais quant à sa forme extérieure, ce fragment ne s'adapte à aucune de ces deux tablettes et par conséquent doit être un fragment concernant une autre relation de la même épopée. Alfred Jeremias dit ce qui suit sur ce fragment : « La mention faite du Sâdu et de l'Uhat (Rudolf Zehnpfund écrit Uchat) et l'apostrophe « mon ami, » indiquent que c'est Eabani qui parle. Sur la partie antérieure de la tablette, il maudit l'Uhat, qui lui « a apporté l'imprécation » avec la ruse du Sâdu. Il souhaite à l'Uhat « qu'elle soit enfermée dans la grande prison, » « il maudit ses charmes, ses sœurs, ses servantes. » Sur la face postérieure de ce même fragment, Eabani décrit les habitants du monde de l'enfer d'où il vient d'être appelé par une évoca-

tion d'Izdubar, et cite entre autres aussi ceux qui font des onctions aux Dieux dans le temple », ce qui évidemment ne peut avoir qu'un rapport avec une maladie quelconque ou avec celle d'Eabani. Il en est toutefois différemment avec la malédiction lancée contre l'Uchat, qui se trouve sur la face antérieure du fragment ; car sur la deuxième tablette on apprend d'une manière très documentée qu'Eabani, même avant de connaître Izdubar, a été séduit par l'hiérodule Uchat ; le passage se termine par ces mots : « 6 jours et 7 nuits, Eabani se rapprocha d'Uchat, la bien-aimée. Après qu'il se fût rassassié à son lâlu, il détourna le visage, etc... »

Mais Eabani n'avait plus eu de rencontre avec Uchat après qu'elle l'eût conduit à Izdubar. Alfred Jeremias demande si avec la malédiction d'Eabani contre Uchat ne s'adresse pas à Istar au service de laquelle sont les hiérodules ; mais on ne voit pas pourquoi Eabani serait devenu tout à coup si galant pour Istar, à qui pourtant il a jeté à la face le pénis du taureau du Ciel et dont par conséquent il doit craindre la vengeance. On ne voit pas pourquoi il ne la maudirait pas, pourquoi il ne lui attribuerait pas directement sa maladie et sa mort ? Il est bien plus naturel que Eabani maudisse Uchat, puisqu'il rapportait l'origine de sa maladie à sa vie débauchée de six jours avec elle.

Il y a encore une autre circonstance qui fait croire que la maladie d'Eabani, était vraisemblablement la syphilis : avant qu'Izdubar ne se rende auprès de son aïeul dans les enfers, il dit : « Je ne veux pas mourir comme Eabani. » Il est donc permis d'admettre qu'Izdubar fut aussi malade, c'est-à-dire atteint de la même affection qu'Eabani, sinon il ne pouvait pas craindre de mourir comme lui. Quand donc Eabani attribue son mal à Uchat, on ne peut qu'en conclure que les anciens Babyloniens aussi croyaient déjà à une cause double de la maladie : en premier lieu la vengeance ou la punition de la déesse offensée, comme chez Izdubar, et en second lieu les conséquences d'excès sexuels, comme chez Eabani ; car la « saturation durant 6 jours et 7 nuits dans le lâlu de la bien-aimée » doit avoir paru quelque peu exagérée et par conséquent coupable et nuisible à la santé suivant les idées des anciens peuples orientaux. Enfin, on rencontre les mêmes manières de voir chez d'autres peuples anciens et chez d'autres beaucoup plus modernes.

Il eut été superflu de suivre plus loin la maladie d'Eabani, puisqu'on a pu constater la même affection chez Izdubar et que, par conséquent, on a atteint le but qu'on se proposait, à savoir : l'existence des maladies vénériennes, spécialement de la syphilis, chez les anciens Babyloniens et Assyriens. Or le nom de l'hiérodule Uchat, rappelle exactement la maladie uchet, l'υχεδυ ou υχετυ, c'est-à-dire la syphilis des anciens Egyptiens.

Cependant on doit laisser aux linguistes le soin de décider de ce dernier point si important. L'épopée d'Izdubar (Nimrod) a été écrite sous le règne de Sardanapale, donc dans le septième siècle avant notre ère, et s'était sans doute transmise avant cette époque par la légende à travers plusieurs générations.

A. Doyon.

J.-K. Prokchs. Die venerischen Krankheiten bei den alten Ægyptern (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1891, p. 537).

Les égyptologues, et à leur tête Ebers, regardent comme incontestable « qu'une partie importante des ouvrages médicaux des Grecs ont une origine égyptienne ». D'autre part, les historiens médicaux, et en première igne A. Hirsch, considèrent la médecine des anciens Egyptiens comme « une œuvre empirique grossière, entremêlée de rêveries mystico-théurgiques ». H. Joachim, médecin et égyptologue, s'est récemment interposé en quelque sorte comme médiateur entre ces deux opinions : il ne veut ni rabaisser le mérite des Grecs ni relever celui des Egyptiens, mais à plusieurs reprises, il vante ces derniers comme « des observateurs remarquables ».

On possède encore peu de documents pour apprécier les idées médicales des Egyptiens. Il y avait 6 livres hermétiques sur la médecine; on n'a jusqu'à présent que le quatrième dans le papyrus d'Ebers. Il est très probable que ce papyrus a été écrit dans le milieu du XVIe siècle avant notre ère, peut-être même avait-il été rédigé encore plus tôt, au moins pour certaines parties.

Le papyrus d'Ebers est un traité de pharmacie ou, à proprement parler, un recueil de recettes, sans qu'il soit possible de reconnaître un arrangement systématique quelconque. On ne trouverait guère un autre ouvrage de l'antiquité, notamment un ouvrage de pharmacologie, où les maladies de l'appareil génital et des parties adjacentes occupent relativement une aussi grande place que dans le papyrus d'Ebers. Il n'y est dit nulle part, il est vrai, que ces maladies résultent d'infection à la suite de rapports sexuels, mais ces indications manquent régulièrement dans les recueils de recettes de tous les temps, et les maladies citées peuvent être interprétées à l'aide de la pathologie historique.

Tablette 95 du papyrus, il y a une recette pour empêcher les flueurs (blanches) chez la jeune fille.

Viennent ensuite de nombreuses recettes pour diverses affections des parties génitales de la femme : phagédénisme (Fressen) de la vulve, qui détermine des pustules arrondies dans l'intérieur du vagin.

D'autres passages intéressants au point de vue du diagnostic différentiel peuvent être laissés de côté, car ceux cités donnent des renseignements suffisants sur diverses affections, parmi lesquelles les maladies vénériennes sont certainement comprises. Les affections des organes génitaux de l'homme sont indiquées en moins grand nombre.

Les recettes employées contre ces dernières affections rappellent celles qui sont prescrites contre les ulcères psoriques.

Ce qui snit fait songer aux bubons :

Tablette 51. Commencement des remèdes pour faire disparaître les gonflements de l'aine.

Mais ce qui a conduit les historiens depuis près de quatre siècles à examiner toujours à nouveau les documents anciens et ceux récemment découverts, c'est la syphilis et non les affections vénériennes primaires.

Or, les égyptologues ne nous ont pas fourni jusqu'ici la moindre indication sur la syphilis; même la maladie sœur, ou, d'après F.-A. Simon, la maladie mère, puis fille de la syphilis, la lèpre, n'est mentionnée qu'une fois dans le papyrus d'Ebers, et cela d'une manière douteuse. Cependant, on peut affirmer avec quelque certitude, d'après la Bible, que la lèpre et la syphilis devaient être connues des anciens Egyptiens, car le chapitre XIII du Lévitique ne peut pas se rapporter aux Israélites.

Une maladie qui est très souvent nommée dans le papyrus d'Ebers et qui s'est trouvée déjà plusieurs fois en connexion avec différentes affections des parties génitales est l'υχεδυ ou υχετυ.

Tablette 31. Il y a une recette contre l'υχεδυ de l'anus: figues, sel de mer, encens, corne de vache, pour une boulette qu'on introduira dans l'anus.

Tablette 29. Autre recette contre les taches de la peau provenant de l'υχεδυ, ce sont des boissons que l'on doit prendre pendant 4 jours.

Tablette 30. Recettes d'emplâtres pour guérir des plaies tenant à la même cause, l'υχεδυ.

Sur d'autres tablettes on trouve encore des recettes contre l'υχεδυ de la bouche; des yeux, des os.

Le mot υχεδυ ou υχετυ paraît avoir une origine mythologique, car dans le poème épique babylonien « Izdubar (Nimrod) » il y a un hiérodule de l'Istar (déesse de l'amour sensuel) nommé Uchat, avec laquelle l'ami du héros eut commerce six jours et sept nuits et fut atteint bientôt après d'une maladie affreuse, probablement la syphilis et en mourut. Les différence de temps et de lieu entre la rédaction du papyrus d'Ebers et de la légende d'Izdubar (Nimrod) ne peuvent guère être opposées à cette manière de voir.

Même alors que le mot υχεδυ aurait la signification étymologique de « douleurs » « tumeur » « gonflements douloureux », cela ne s'opposerait nullement à l'interprétation pathologique admise, car l'histoire présente aussi sous ce rapport une série d'analogies. Parmi les nombreuses dénominations données à la syphilis au cours des siècles chez les différents peuples on trouve aussi : Vénusalgie, pustules, grosse pustules (dans les traductions les plus diverses), verrues sauvages, pustules verruqueuses, morbus pustularum turgescentium, buas, bubas, buvas, mal de las buas, enfermedad de las bubas etc.; bref, il est difficile de trouver quelque chose qui s'opposerait à cette interprétation : l'υχεδυ des anciens-Egyptiens est notre syphilis.

A. Doyon.

REVUE DES LIVRES

L. Brocq. **Traitement des maladies de la peau, avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses.** *Partie pharmacologique* revue par L. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis de Paris. — Un vol. in-8°, IX-894 pp., 2e édition, Paris, *Octave Doin*, janvier 1892.

Un prix de treize cents francs décerné par l'Académie de médecine à cet ouvrage, et la seconde édition donnée moins de deux ans après la première, voilà qui affirme mieux que toutes les paroles, la haute valeur, et le succès extraordinaire, de l'œuvre de notre savant collègue et ami. Qu'il reçoive ici, après les applaudissements de ses confrères à la Société française de Dermatologie, les vives félicitations de ses collaborateurs dans ce journal ; c'est au nom de chacun d'eux que je les lui adresse de grand cœur.

Le succès était assuré, et je n'avais pas hésité à le prévoir en annonçant au public dermatologique la première édition du livre — *Ann. de Dermat.et de. Syph.*, IIIe série, t. I, p. 631, 1890, — tant était heureuse la conception du plan, bien ordonnée la disposition des matières, et magistralement exécutée l'œuvre toute entière.

Voilà donc les médecins de pratique générale pourvus d'un véritable *Dictionnaire pratique de clinique et de thérapeutique dermatologiques*, et la littérature dermatologique enrichie d'un ouvrage original qui sera, je l'espère, imité par nos confrères à l'étranger. Combien ne serait-il pas utile, en effet, au dermatologiste de posséder, sous une forme aussi précise et aussi pratique, l'exposé de l'état présent de la pathologie et de la thérapeutique des maladies de la peau. Je n'hésite pas à le dire : Si les médecins praticiens en général peuvent tirer profit de la lecture de l'ouvrage de M. Brocq, les dermatologistes en particulier, le liront et le consulteront chaque jour *avec plus de fruit encore*, car ils ont toute la compétence nécessaire pour suivre l'auteur dans ses descriptions nosographiques, et dans ses conceptions nosologiques, et surtout, pour choisir avec discernement, et appliquer avec opportunité, la thérapeutique formulée.

De nombreuses additions, nécessitées par les progrès rapides de la dermatologie ont été faites par l'auteur dans cette seconde édition, particulièrement en ce qui concerne les lésions de surface des muqueuses de rapport, l'étiologie des eczémas, l'eczéma séborrhéique, le lichen et les « lichénifications » cutanées. Enfin, la série des « formules » a été soumise à une épuration des plus heureuses, en même temps que la partie pharmacologique a été mise à l'abri de toute critique, grâce au concours du très sympathique et très savant pharmacien en chef de l'Hôpital St-Louis, M. Portes.

Que l'auteur, quelle que soit sa modestie, me permette de lui adresser

une dernière félicitation : Malgré une indépendance d'esprit dont il donne des preuves à chaque page de son livre, et qui l'honore hautement, il n'a pas craint de conserver vivant le souvenir des maîtres qui l'ont précédé, ou de ceux de ses collègues entrés avant lui dans la carrière. Toutes les fois où ce qu'il expose lui paraît devoir être rapporté à l'un où à l'autre d'entre eux, il le fait avec la plus entière abnégation de lui-même ; c'est là aujourd'hui presque une originalité. Nombre de contemporains en effet pensent que c'est encombrer l'enseignement, ou le livre, que de rendre à chacun ce qui lui appartient; notre manière de voir et de faire est différente, et je suis heureux, sur ce point comme sur plus d'un autre, d'être en communion avec mon savant collègue et ami.

De même que dans la notice relative à la première édition, je tiens à féliciter, tout particulièrement, l'éditeur pour la sollicitude *exceptionnelle* qu'il a apportée à l'exécution matérielle, à laquelle on ne donne pas toujours le soin nécessaire. Il a eu le courage de « faire grand », d'imprimer sur papier beau et solide, de mettre les titres en pleine lumière, et de composer tout l'ouvrage dans un caractère assez gros pour que chacun puisse lire avec facilité et sans aucune fatigue. Voilà un bon exemple ; puisse-t-il être suivi.

Ernest Besnier.

Roger Miles. **La cité de misère**, préface de M. Sully-Prud'homme, ouvrage orné de 26 illustrations inédites, in-12°, Paris. Marpon et Flammarion, 1892.

Sous ce titre, un peu général dans l'espèce et qui pourrait aussi hélas! s'appliquer aux autres hôpitaux, c'est l'hôpital Saint-Louis que l'auteur, qu l'a pu voir de près, nous décrit « avec le regard d'un observateur et le cœu d'un pèote. » Mais le vieil hôpital, à cause de la diversité des malades qui y sont traitées, depuis les grands opérés de la chirurgie jusqu'aux petits teigneux de l'école, à cause des infirmités d'une partie de ces malheureux, vieux lupiques aux visages rongés, lépreux difformes rencontrés au coin d'une cour, galeux sordides qui s'entassent à l'heure de la frotte, à cause aussi de ses constructions elles-mêmes, mélange curieux d'architecture imposante et de recoins campagnards, se prêtait plus qu'aucun autre à une étude de ce genre.

Ce n'est pas une histoire minutieuse et exacte de l'hôpital Saint-Louis qu'il faut chercher dans le livre de M. Roger Miles : mais c'est la philosophie de la vieille maison et de ses hôtes. Et, que de jolies descriptions, que de sensations éprouvées par soi-même que l'on retrouve éloquemment traduites : que ceux qui connaissent, au fond de l'hôpital, les chalets des grands opérés, lisent le chapitre intitulé « Un coin de campagne » ; il est difficile d'évoquer avec plus de bonheur ce petit coin champêtre perdu dans l'hôpital, ces petits pavillons rustiques autour desquels rôdent les poules, les lapins et les chats.

Mais à côté de ces jolies peintures que de fines observations de psychologie prises sur les malades eux-mêmes : quel est le médecin ayant fréquenté les hôpitaux qui ne trouvera excellent ce petit croquis *du beau cas.*

« Etre un beau cas, au milieu de toutes les affections banales — banales

parce qu'elles sont fréquentes, — qui encombrent les cliniques, c'est une grâce toute providentielle, que la pitié ne va pas jusqu'à souhaiter aux malades, mais que la raison ordonne d'accueillir avec reconnaissance.

« Le beau cas, en effet, a une situation toute spéciale, non pas à l'hôpital, où on pratique, quoi qu'on en dise, une véritable égalité, mais vis-à-vis de lui-même ; il se crée des préoccupations qui le détournent de ses souffrances effectives ; il a pour son mal une sorte d'indulgent respect, qui est presque de l'amour propre ; il est quelqu'un, il se distingue au milieu de tous les autres malades.

« Et cela est essentiellement humain. Ecoutez plusieurs personnes qui s'entretiennent de leurs petites infirmités. Au lieu de cacher ses imperfections physiques, douleurs et accidents, chacun les étale au jour d'une minutieuse description ; chacune prend plaisir à exagérer ce qui est son lot, à transformer le moindre bobo en une affection caractérisée, s'efforçant ainsi de dépasser les souffrances du prochain ».

Parmi les illustrations quelques unes sont charmantes et nous signalerons tout particulièrement aux curieux, *la Messe à la chapelle*, *les Chalets des opérés*, *le Viatique*, *la Salle des morts*, *M. Baretta dans son atelier*, *l'École des teigneux*, une très jolie *vue de la Première cour* et un *Intérieur de la cuisine* parfaitement exact, ainsi que le *Pavillon du jardinier*. En revanche, M. Péan aussi bien sur le frontispice en couleurs que sur la gravure qui le représente dans son amphithéâtre d'opérations est peu ressemblant. H. Feulard.

P. Raymond. — **Notes sur le traitement de la syphilis en Allemagne et en Autriche**, broch. in-8°, 76 pp. Paris. Société d'éditions scientifiques, 1891.

Ces notes forment une partie d'un rapport fait par M. Raymond sur l'*Enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie en Allemagne et en Autriche*, rapport récompensé par l'Académie de médecine. L'auteur n'a pas eu d'autre but que de nous faire connaître la pratique courante des principaux syphiligraphes autrichiens et allemands. Et puisque, même dans la presse médicale, l'interview est en faveur, c'est une sorte d'enquête de ce genre qu'il a poursuivie, allant de ville en ville, auprès des professeurs et praticiens éminents dont il a visité les services et les cliniques. Ce petit travail renferme donc des renseignements fort intéressants, à la fois sur la façon dont est compris par ceux-ci le traitement de la syphilis en général et sur le détail de l'application de ce traitement : on y trouvera même les principales formules des préparations employées (pilules, injections, pommades ou savons).

On peut dire que le traitement interne le plus répandu actuellement en France est le moins employé en Allemagne, où les frictions et les injections sont surtout en faveur. Les cures hydro-minérales y sont aussi d'un emploi bien plus commun et l'on sait quelle importance ont pris à cet égard les stations fameuses de Aix-la-Chapelle et de Wiesbaden. Malheureusement, M. Raymond qui s'était surtout proposé d'étudier l'enseignement de la dermato-syphiligraphie n'a pu séjourner dans ces deux villes, sur les ins-

tallations thermales desquelles nous croyons qu'il y aurait un grand intérêt à renseigner les praticiens français.

Nous lui souhaitons l'occasion de refaire un nouveau voyage et de compléter ces très intéressantes et documentaires études. H. F.

Pippingskold. **Des mesures hygiéniques à l'égard de la prostitution en Finlande**, broch. in-8°, 19 pp. Helsingfors, 1891.

L'auteur président d'une commission instituée par le gouvernement Finlandais pour l'étude de cette question toujours à l'ordre du jour de la prostitution a développé dans cette brochure les raisons qui ont guidé la commission dans l'adoption de ses conclusions, conclusions dont voici le résumé.

« La réglementation de la prostitution actuellement en vigueur dans quelques-unes des villes du pays, et comportant en principe que les femmes connues comme prostituées ou soupçonnées à bon droit de se livrer à la prostitution, seront inscrites comme telles et astreintes à des visites sanitaires périodiques, sera abolie ;

Dans le but de combattre la propagation des maladies vénériennes, tout individu, homme ou femme, qui, selon des principes établis par la loi, sera soupçonné à bon droit de propager une maladie de ce genre, sera mis, par des prescriptions précises, en demeure de présenter, dans un délai fixé, un certificat de santé aux autorités compétentes, à défaut de quoi il sera soumis à une inspection sanitaire, ou bien, en cas de refus, poursuivi en justice ;

Tout individu, homme ou femme, qui, après avoir subi un traitement pour maladie syphilitique, n'offrira pas, par sa position, à sa sortie de l'hôpital, des garanties suffisantes qu'une récidive éventuelle sera surveillée et traitée, pourra être astreint à des visites sanitaires périodiques tant qu'il y aura danger de récidive ;

Il sera recommandé aux médecins, lorsqu'ils traitent un cas de syphilis récente à l'hôpital ou dans leur clientèle particulière, de faire connaître à leurs malades la propension de la syphilis à récidiver sous des formes contagieuses et à se transmettre par hérédité, et de leur représenter le devoir qui en résulte pour eux de faire contrôler périodiquement leur état de santé et d'observer toutes les précautions nécessaires avant de conclure un mariage ;

Les médecins traitant un syphilitique seront tenus de s'enquérir sérieusement auprès de leur malade de la source de son mal, et, en cas de réponse satisfaisante, d'en informer confidentiellement le médecin municipal ou provincial, afin que celui-ci puisse, s'il juge ces renseignements vraisemblables, prendre les mesures nécessaires pour combattre la propagation ultérieure de la contagion ;

Toutes les facilités possibles seront fournies aux malades atteints de syphilis pour se faire visiter sanitairement, s'assurer les soins médicaux et se procurer les médicaments sans que leur nom soit divulgué, afin que la crainte de se compromettre ne les empêche pas de demander aide et conseil ;

Dans toutes les circonstances reconnues par l'expérience comme favorisant la propagation des maladies vénérienness, il sera organisé une surveillance hygiénique spéciale, dans le but d'entraver l'action de ces influences fâcheuses ; il en sera ainsi, par exemple, pour ce qui concerne certains industriels ambulants, la population ouvrière mouvante agglomérée sur un point pour l'exécution de travaux ou pour de grandes entreprises industrielles, les marins voyageant au long cours, etc. ;

Les inspections sanitaires éventuelles des villageois d'une circonscription, actuellement en vigueur pour les communes rurales, en cas de maladie constatée, seront maintenues comme répondant à un besoin réel, mais on étudiera la question de savoir si l'organisation actuelle de ces inspections devra être modifiée, eu égard à des différences locales, ou à d'autres circonstances ;

Il est désirable que les mesures propres à combattre la propagation des maladies contagieuses, et en particulier de la syphilis, deviennent l'objet d'une loi réglant entre autres les droits et les devoirs des autorités de police, d'une part, et des particuliers, de l'autre, pour ce qui concerne les soins hygiéniques ; il faudrait aussi établir des instructions, réglant ce que les médecins auront à observer relativement aux visites sanitaires et aux autres mesures nécessitées par les circonstances ; enfin la statistique des maladies vénériennes sera à l'avenir établie de manière à fournir sur la maladie et la mortalité tous les éclaircissements que l'on est en droit d'attendre d'une statistique bien faite. »

H. F.

E. Lesser. **Traité des affections vénériennes**, traduit sur la 4e édition par A. Bayet, in-8°, Paris, Masson, 1892.

Le véritable titre de l'ouvrage de Lesser est *Traité des affections cutanées et vénériennes;* mais en attendant la traduction de la partie relative à la dermatologie, l'éditeur, M. Manceaux, de Bruxelles, a voulu faire paraître de suite la partie des affections vénériennes.

L'ouvrage de M. Lesser est classique parmi les étudiants allemands car il constitue un excellent manuel de vénéréologie et de syphiligraphie ; il mérite également d'être lu, en France, car un bon manuel français sur ces matières fait encore défaut.

Les descriptions sont excessivement claires ; et le chapitre notamment, où est exposé le tableau général de la syphilis, est absolument excellent. Mais nous ne pouvons passer sous silence quelques critiques de détail. C'est ainsi que, parlant du nombre possible de chancres indurés chez un même sujet, l'auteur déclare que le chancre syphilitique est presque toujours *unique* (p. 88). C'est là une assertion que démentent si souvent les faits, qu'il est bon de mettre en garde les jeunes praticiens contre cette prétendue unicité que l'on voit signalée en effet dans presque tous les traités de syphiligraphie. Certes le chancre induré est plus souvent unique que multiple, mais il est encore très souvent multiple ; et combien de fois n'avons-nous pas entendu dire à tort à de jeunes étudiants, atteints de chancres syphilitiques multiples : « mais je n'ai rien à craindre, ce ne peut-être la vérole, car j'avais plusieurs chancres ».

Nous pouvons nous étonner également de voir considérer, comme seule-

ment *probable* (p. 115), la syphilis conceptionnelle. Mais ces critiques de détail n'entament en rien le mérite de l'ouvrage.

Forcément l'étude des manifestations syphilitiques dans chaque appareil est très résumée, parfois même, comme pour la syphilis musculaire et articulaire, un peu trop écourtée ; mais le livre se tient très bien dans l'ensemble et les chapitres de l'évolution, du diagnostic et du pronostic sont fort bien présentés. Un formulaire en latin, et qu'il aurait été facile de présenter un peu plus clairement aux lecteurs de l'édition française termine ce premier volume, auquel nous souhaitons de voir bientôt s'adjoindre le traité de dermatologie. H. F.

BAGINSKY. — **Traité des maladies des enfants**, traduit sur la 4e édition allemande, par MM. L. GUINON et L. ROMME, 2 vol., in-8°, Paris, Steinheil, 1892.

L'ouvrage de Baginsky, très répandu en Allemagne, est appelé à rendre également de grands services aux étudiants français, car il constitue un excellent manuel des maladies de l'enfance qui a sa place toute marquée à côté des grands traités de maladies infantiles publiés en France dans ces dernières années. Sous une forme concise et très claire, il contient les notions essentielles à retenir pour le diagnostic et le traitement ; et là où le texte paraît se montrer un peu insuffisant ou sommaire, il se trouve complété d'une très heureuse façon par les notes de M. Louis Guinon.

Les maladies de la peau et la syphilis n'occupent forcément qu'une place restreinte dans l'ouvrage ; nous pouvons dire toutefois que les questions s'y trouvent bien présentées, sinon complètement traitées : nous nous demandons cependant pourquoi l'auteur a passé sous silence l'*impétigo*, cette dermatose si banale, dans l'enfance, qu'elle constitue à peu près la moitié de la pathologie cutanée de cet âge. Un tableau des doses des médicaments employés chez les enfants et un formulaire thérapeutique complètent de façon très utile cet excellent ouvrage. H. F.

Bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie normale et pathologique de Bordeaux, t. XI, in-8°, 301 pp. Bordeaux 1890.

Les Annales ont rendu compte, au fur et à mesure, des communications concernant la dermatologie et la syphiligraphie faites à cette Société. Grâce à la collaboration active de MM. Archambault, Arnozan, Dubreuilh, etc., celles-ci occupent une part fort honorable dans le volume : nous rappellerons pour mémoire les titres des principales : *Lupus primitif de la gorge*, *Cheveux moniliformes*, *Mélanodermie localisée*, *Sycosis généralisé*, *Destruction des tatouages*, *Étude des sécrétions cutanées*, *Vergetures de croissance.* Elles témoignent de l'intérêt avec lequel sont poursuivies à Bordeaux les études de dermato-syphiligraphie. H. F.

Le Gérant : G. MASSON.

HAVRE. — IMPRIMERIE DU COMMERCE, 3, RUE DE LA BOURSE

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'IMPÉTIGO HERPÉTIFORME

Par William Dubreuilh,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

L'impétigo herpétiforme est une maladie qui a été décrite en 1872 par F. v. Hebra dans un article sur les dermatoses liées à la grossesse. Il l'avait observée cinq fois chez des femmes enceintes ou récemment accouchées ; quatre d'entre elles moururent ; une seule guérit, peut-être temporairement. La description qu'en donne Hebra est très précise et son importance historique est assez grande dans le cas actuel pour que je la reproduise textuellement (1).

« C'est une éruption de pustules caractérisées par leur contenu purulent d'emblée, par leur groupement et par leur extension centrifuge.

« Presque chaque fois les premières lésions éruptives se sont montrées à la face interne des cuisses sous forme de pustules de la grosseur d'une tête d'épingle, isolées ou formant des groupes de la grandeur d'un kreutzer, s'accroissant excentriquement par poussées successives en formant des cercles. En quelques jours les groupes augmentent de nombre et de dimension ; il apparaît de nouvelles pustules isolées ; les cercles s'élargissent, de sorte que peu à peu les cuisses, le ventre, les jambes, la poitrine, les bras et les avant-bras, les mains, les pieds et enfin la nuque, le cou, la face et le cuir chevelu, se couvrent de groupes pustuleux.

« Les pustules situées au centre des groupes s'affaissent, se dessèchent en croûtes brun foncé, tandis qu'au pourtour se développent constamment de nouvelles pustules remplies de pus jaune. Cela se passe comme dans l'herpès iris, à cela près qu'on ne voit pas de vésicules mais toujours des pustules d'emblée. De plus, l'éruption ne se fait pas d'une façon aiguë, mais d'une manière continue, de sorte que malgré la disposition en cercles qui est très caractérisée, on ne peut

(1) F. v. Hebra. De quelques maladies de la peau survenant chez les femmes enceintes, accouchées ou atteintes d'une affection utérine. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1872, n° 48.

classer cette maladie dans le genre herpès mais bien dans le genre impétigo à cause de l'éruption d'emblée pustuleuse, et, à cause de la disposition en cercles comme dans l'herpès circiné, on peut dénommer cette maladie : *Impetigo herpetiformis*. L'éruption s'accompagne d'une fièvre intense avec sécheresse de la langue et prostration profonde.

« Dans le cours de la maladie peuvent apparaître quelques variations.

« Chez 3 malades les poussées éruptives se sont succédé avec plus ou moins d'intensité jusqu'à la mort, tandis que chez les deux autres les groupes et les cercles pustuleux ont fini par se dessécher et, après la chute des croûtes, la peau apparaissait saine, mais fortement pigmentée.

« Chez quelques malades les pustules ne se dessèchent pas partout, l'épiderme soulevé se ramollit en une bouillie grise et fétide qui, surtout dans les plis articulaires, recouvre une surface rouge et suintante d'aspect eczémateux. Il n'y a jamais d'ulcération, mais tantôt l'état eczémateux persiste, tantôt l'enduit, formé de sang, de pus, d'épiderme et de graisse, se dessèche en croûtes de couleur variable sous lesquelles l'épiderme se reforme.

« La première poussée de pustules et aussi les suivantes sont précédées de frissons auxquels succèdent bientôt les symptômes d'une fièvre modérée. Mais au bout de quelques jours la fièvre diminue et peut même cesser complètement. Les évacuations alvines sont généralement augmentées, une fois elles contenaient du sang. L'urine est toujours foncée, acide, contenant quelques globules de pus, beaucoup d'urée mais pas d'albumine. »

Lorsque Duhring constitua le groupe d'éruptions bulleuses qu'il a dénommé dermatite herpétiforme, il y fit entrer l'impetigo herpetiformis d'Hebra, le regardant comme une simple variété pustuleuse. C'est pour protester contre cette assimilation et pour montrer que l'impétigo herpétiforme est une entité morbide bien distincte que M. Kaposi (1) publia sur ce sujet, en 1887, un mémoire important accompagné de nombreuses planches chromolithographiques.

Dans ce mémoire, M. Kaposi insiste sur les caractères distinctifs de la maladie, sur l'uniformité de l'éruption qui est constamment, et pendant toute sa durée, pustuleuse, formée de petites pustules miliaires, superficielles, distinctes, quoique rapprochées, groupées en amas ou en bandes circulaires, à extension centrifuge, sans jamais laisser d'ulcération ou de cicatrice. L'éruption prédomine dans la région génito-crurale. La maladie a une marche subaiguë, accompa-

(1) M. KAPOSI. Impetigo herpetiformis. *Vierteljahresschrift für Dermatologie*, 1887, 273.

gnée de frissons, d'un état général grave, et se termine ordinairement par la mort.

L'impétigo herpétiforme s'observe presque constamment chez des femmes enceintes ou accouchées, aussi j'aurais hésité à faire ce diagnostic chez le malade que j'ai observé, si je n'y avais été autorisé par le mémoire de M. Kaposi qui contient une observation d'impétigo herpétiforme chez l'homme dont les caractères sont particulièrement nets.

Les observations publiées sont en petit nombre et sont toutes allemandes. Ce sont celles de Geber (obs. I), de Maret (obs. VIII), de du Mesnil et Marx (obs. IX) et de Kaposi (obs. VII). D'autres faits ont été observés à Vienne dans la clinique dermatologique, mais les observations n'ont pas été publiées in extenso. Je dois à l'obligeance de M. le professeur Kaposi qui a bien voulu me les communiquer, de pouvoir rapporter cinq observations inédites provenant de son service (obs. II, III, IV, V et VI) et relevées sur les registres de la clinique, par M. le D[r] Nobl, interne du service.

Observation I (1). — P... Maria, âgée de 25 ans, domestique, originaire de Moravie est entrée le 8 juin 1871 dans la Clinique des maladies de la peau.

Elle n'avait jamais été malade avant une fièvre typhoïde qu'elle eut il y a cinq ans et qui fut soignée à l'hôpital de Brünn. Il y a deux ans, elle est accouchée d'une petite fille morte au bout de deux mois. Elle est actuellement dans le neuvième mois d'une nouvelle grossesse. Il y a trois mois qu'elle a remarqué une éruption rouge occupant principalement le tronc avec un semis de vésicules qui avaient déjà commencé à suinter ; elle ne se sentait nullement malade et pouvait vaquer à ses occupations.

État actuel, 8 juin 1891. — La malade est de taille moyenne, avec un embonpoint suffisant, ses cheveux sont châtains et la peau est normale en dehors des parties atteintes par l'éruption que nous allons décrire. Celle-ci est apparue depuis un mois sur les mains et dans les plis articulaires et dès les premières 24 heures elle avait pris un notable développement. On trouve disséminées sur le corps des vésicules blanc jaunâtre ou grisâtre du volume d'un grain de mil à un grain de chènevis, siégeant sur une base rouge ou de couleur normale, remplies d'un liquide jaune opaque. En quelques points ces pustules se réunissent par deux, trois ou en plus grand nombre pour former des groupes de la grandeur d'une lentille. Certains de ces groupes sont centrés par une croûte brune entourée d'un cercle formé par des pustules confluentes.

(1) Cette observation m'a été communiquée en manuscrit par M. Kaposi, elle avait été déjà publiée par Geber. Impetigo herpetiformis, Bericht aus dem Wiener allgemeinen Krankenhause. *Archiv für Dermatologie*, 1872, p. 169. C'est une des cinq observations qui ont servi à Hebra pour faire sa description et c'est la seule qui ait été publiée ; c'est aussi le cas qui est figuré dans la planche IX du mémoire précité de Kaposi.

D'autres fois la croûte est entourée d'une couronne de pustules fermées, serrées les unes contre les autres, mais distinctes. En grandissant progressivement, les petits groupes lenticulaires arrivent à former des plaques de la grandeur d'un kreutzer, d'un thaler ou même de la paume de la main, arrondies ou ovalaires, dont le centre est couvert de croûtes jaune verdâtre et dont la périphérie est formée de pustules serrées, disposées en un ou plusieurs rangs. Les plus grandes plaques se trouvent sur les seins où elles ont la grandeur de la paume de la main et couvrent le mamelon et son voisinage. Elles présentent au centre une nappe croûteuse entourée de pustules dont les unes sont confluentes, et les autres en plus grand nombre se disséminent vers la périphérie. Les cuisses et les aines sont occupées par des plaques semblables. Dans les plis de l'aine les croûtes sont remplacées par une masse pâteuse, humide, jaunâtre et fétide, mais en allant vers la périphérie de ces plaques, on voit apparaître des croûtes de plus en plus épaisses et solides, et enfin sur le bord même des rangées et des groupes de pustules. On trouve également des plaques couvertes de débris pâteux dans les plis du coude, à la partie antérieure du cou, dans le pli transversal du ventre, et dans les creux poplités. En quelques points les pustules sont disposées en segments de cercles qui se coupent en formant des lignes festonnées bordées en dedans par des croûtes et en dehors par des pustules. Le tronc et les membres sont couverts de lésions variant depuis une pustule grosse comme une tête d'épingle jusqu'à des plaques de la grandeur d'un kreutzer à un thaler. Sur le visage et le dos des mains on ne trouve que des taches rouges punctiformes ou atteignant la grandeur d'un pfennig, un peu saillantes, les plus grandes sont squameuses au centre. La paume des mains et la plante des pieds sont indemnes. A l'extrémité de la langue et à sa face inférieure sont des plaques et des cercles de la grandeur d'une lentille à un pfennig, grisâtres et déprimées au centre. Le cuir chevelu présente de petites croûtes disséminées. Toutes ces lésions, croûteuses ou non, siègent sur une peau qui n'est nullement infiltrée et ne présente qu'une rougeur modérée.

La température de la peau est normale. Le pouls est à 92.

L'utérus dépasse l'ombilic de la largeur de la main, les mouvements de l'enfant sont actifs. La malade ne se plaint de rien si ce n'est d'un peu de tension dans les plis articulaires.

11 juin. L'éruption s'est multipliée en conservant sur la face et les membres le même aspect herpétique ; la nuit a été agitée, la température s'est élevée. Pouls à 97.

Le 12. L'éruption s'est desséchée tout autour des mamelons sur une largeur de 5 centim., partout ailleurs l'éruption s'est aggravée, surtout au visage où la rougeur est plus vive.

Le 15. Sur la jambe droite et aussi en quelques points de la cuisse droite, il s'est fait une nouvelle poussée éruptive de plaques dont le centre est croûteux et la périphérie couverte de pustules. Un peu au-dessus du cou-de-pied gauche se trouvent quelques bulles isolées assez grosses, remplies d'un liquide jaune.

Le 16. Sur le dos de la main droite, plaques semblables à celles de l'herpès iris. On fait sur la jambe gauche un pansement avec de l'onguent

diachylon. A neuf heures du soir la malade accouche d'un enfant bien portant du sexe féminin. Sur la partie supérieure du tronc et les membres supérieurs la peau est sèche et les croûtes commencent à tomber.

Le 17. La malade se sent bien, l'utérus revient bien sur lui-même.

Le 18. A 9 heures du matin, frisson qui dure jusqu'à midi et qui est suivi de chaleur.

Le 19. La température est élevée, le pouls à 104° ; la langue et humide et nette. Les bulles de la jambe sont desséchées, elles sont remplacées par des croûtes sous lesquelles on trouve un épiderme de nouvelle formation. Dans les parties naguère érythémateuses l'épiderme se desquame en grandes lamelles comme dans la pellagre. Aux seins les croûtes sont tombées et sont remplacées par des squames minces. Pas de nouvelle poussée.

Le 20. La desquamation continue, la peau est plus pâle et partout recouverte d'un nouvel épiderme.

Le 21. Pendant la nuit est survenue de la diarrhée, l'utérus est revenu sur lui-même. Eczéma sous-mammaire. Traitement : Décoction de salep avec opium.

Le 22. Fièvre médiocre, appétit bon. La peau est le siège d'un peu de suintement autour du cou, mais sur le thorax et l'abdomen elle continue à desquamer en lamelles minces.

Le 23. A 6 heures du soir, frisson d'une demi-heure de durée.

Le 26. La diarrhée persiste.

7 juillet. Légère fièvre. Selles sanglantes. On donne du perchlorure de fer.

Le 16. La peau de la face, des mains et de la poitrine est parfaitement nette, présentant seulement par places un peu de rougeur. La diarrhée sanglante est arrêtée.

2 août. Nouvelle poussée éruptive au cou et aux membres inférieurs sous forme de vésicules miliaires contenant une petite quantité de liquide transparent.

Le 4. Nouvelles poussées analogues à la précédente sur les membres supérieurs, tandis qu'aux membres inférieurs, les lésions deviennent irrégulièrement confluentes.

Le 8. De nouveaux groupes de vésicules sont apparus à la face ; sur les corps les groupes se sont étendus et forment maintenant des cercles à centre croûteux.

Le 10. L'éruption s'étend au cuir chevelu ; nouvelles hémorrhagies intestinales.

Le 17. Les croûtes ainsi que les lamelles épidermiques s'exfolient en grande abondance laissant voir un épiderme lisse et normal.

Le 18. Frisson. Langue chargée, anorexie, sommeil agité.

Le 19. La fièvre est tombée. La malade paraît assez bien ; la desquamation continue.

13 septembre. La desquamation continue toujours, les cheveux tombent par paquets, la malade ne pèse que 77 livres, mais elle a bonne mine.

Le 14. Exeat.

L'analyse de l'urine faite pendant les trois premiers jours du séjour à

l'hôpital par C. B. Hoffmann, docent de chimie physiologique, a montré un abondant précipité d'urates, de pus et de cellules épithéliales du vagin. Il n'y avait ni albumine ni sucre. Pas d'augmentation de l'indican, pas de matière colorante de la bile ou du sang.

Obs. II (1). — M. J..., âgée de 29 ans, est entrée à l'Hôpital général, le 10 avril 1877. Elle a eu neuf enfants et dans chaque grossesse elle a été malade pendant les derniers mois, avec de la perte d'appétit, de la jaunisse, etc.

L'accouchement et les suites de couches ont toujours été normaux. Tous les enfants sont nés en bon état, mais sont morts au bout de quelques mois d'affection pulmonaire.

La malade est actuellement dans le 8e mois de sa grossesse, et contrairement à ce qui se passait dans les grossesses précédentes, sa santé est restée excellente jusqu'au 1er avril, époque où ont eu lieu les premières poussées éruptives qui se sont rapidement répétées depuis.

État actuel, 10 avril 1877. — La malade est de taille moyenne, bien constituée, blonde avec des taches de chloasma sur la face et le front. Les sclérotiques sont fortement ictériques et l'ensemble du tégument es également d'une teinte jaune verdâtre. Sur la ligne blanche, au-dessus du pubis est un groupe de pustules miliaires siégeant sur une peau enflammée. On trouve un autre groupe pustuleux analogue au niveau de la deuxième vertèbre sacrée du côté droit. Sur les membres on trouve, tant du côté de l'extension que du côté de la flexion, des plaques dont la grandeur varie de celle d'un kreutzer à celle de la paume de la main, tantôt isolées et tantôt cohérentes, leur centre est couvert de croûtes jaune verdâtre et leur périphérie est formée de pustules très nombreuses en plusieurs rangées. Sur le dos et les jambes se trouvent des groupes de pustules et de croûtes disposées en traînées comme des lésions de grattage. La peau du siège et de la face interne des deux cuisses jusqu'à la vulve est couverte de croûtes minces jaune verdâtre et de lambeaux d'épiderme décollé, ressemblant un peu à une brûlure au second degré. Toute cette surface malade est bordée d'une zone pustuleuse analogue à celle qui entoure les plaques disséminées.

L'éruption est exclusivement pustuleuse, toutes les lésions depuis celles qui sont à peine visibles, jusqu'à celles qui atteignent ou dépassent le volume d'un grain de mil sont des pustules parfaitement caractérisées. Il n'y a pas de lésions viscérales appréciables; la malade mange bien et dort bien.

Le 13. Temp. matin, 36°,3; soir, 37°,8. Les plaques éruptives grandissent excentriquement et deviennent confluentes par places. L'urine de densité 1005 contient des traces d'albumine. Poudrages d'amidon.

Le 14. T. matin, 37°,3; soir, 39°. Pouls, 116. Léger œdème des pieds. La peau est le siège d'une sensation de tension douloureuse. Il est apparu de nouveaux groupes pustuleux sur les membres et le tronc.

On constate du catarrhe pulmonaire. Traitement : acide phosphorique.

(1) Observation inédite communiquée par M. le professeur Kaposi. Voir la planche X du mémoire de Kaposi.

Le 15. La tension douloureuse de la peau a empêché le sommeil. L'urine est trouble, d'odeur ammoniacale, de densité 1006, contenant un peu d'albumine et formant un dépôt de globules de pus, de cellules d'épithélium pavimenteux et de phosphate triple. Temp. soir, 38°,8.

Le 16. La malade est accouchée dans la matinée d'un enfant mâle, vivant, de 8 mois, bien formé, de 38 centim. de long et qui vit une demi-heure. Temp. mat., 36°,7; soir, 37°,9. Pouls m. 68, s. 88.

Le 17. Soir, Temp. : 37°,9. Pouls 88.

Le 18. L'éruption augmente rapidement; les plaques du ventre qui étaient au début isolées sont devenues confluentes, de sorte que la totalité de la peau de l'abdomen est rouge, squameuse ou couverte de minces croûtes jaune verdâtre ; à la périphérie de cette vaste plaque, on trouve une bordure de plusieurs rangées de pustules. De nouveaux placards éruptifs ont apparu sur tout le corps. Temp. soir 38°. Pouls 84.

Le 19. Légère parésie du membre supérieur droit, mais pas d'autre symptôme cérébral. Le soir survient une dyspnée intense avec des râles trachéaux et tous les symptômes d'un catarrhe pulmonaire.

Traitement : Infusion d'ipéca.

Le 20. Quelques convulsions toniques et cloniques qui sont arrêtées par une injection de morphine.

Le 22. La malade a bien dormi; temp. mat., 36°,5. Pouls 84.

Météorisme abdominal, constipation. Les urines contiennent beaucoup d'albumine.

Le 23. La malade délire et présente par moment quelques convulsions. Traitement : Bromure de potassium. Temp. soir, 38°,4. Pouls 97.

Le 24. Les convulsions sont moins fréquentes, mais il persiste une certaine raideur de la nuque et du membre supérieur droit. La connaissance est du reste complètement obnubilée. Quelques vomissements ; selles liquides. Temp. soir, 36°,2 ; pouls, 80.

Le 25. L'aspect de l'éruption s'est modifié en ce sens que la totalité du tégument à l'exception de quelques petites places est rouge, sec et couvert de grandes squames. On ne retrouve plus de pustules qu'autour des rares et petites réserves de peau saine. Les ongles des doigts sont tous décollés à la racine et très fragiles.

Pendant les jours suivants les mêmes symptômes persistent avec une intensité variable. L'analyse des urines montre la présence d'une notable quantité de pus et de beaucoup d'albumine : Densité, 1017 ; sédiment formé de globules de pus, de phosphate triple et d'urate d'ammoniaque. La température ne s'élève pas au-dessus de 38°,2.

2 mai. Vomissements, extrême prostration. Le nez est rouge et tuméfié et la rougeur s'étend sur la partie voisine des joues où elle se termine par une limite nette. Les convulsions ont cessé. Les lochies sont fétides, l'utérus est mobile mais sans que le toucher fasse découvrir aucun exsudat dans son voisinage. Le doigt explorateur ramène quelques débris de membranes. Temp. : matin, 38°,4 ; soir, 38°,2. Pouls : matin, 117; soir, 120.

Le 3. La malade vomit constamment un liquide verdâtre ; dans le courant de la journée elle vomit une grande quantité de sang. Soubresauts des tendons ; pouls très rapide. Temp. 39°,9. Le soir, elle meurt dans le collapsus.

Autopsie. — Impétigo herpetiformis. Dégénération brightique des deux reins arrivée au 2e stade pour le rein gauche et au stade d'atrophie pour le rein droit. Polype placentaire. Calculs de la vésicule biliaire.

Obs. III (1). — K. T..., âgée de 40 ans, est entrée dans la clinique le 13 mai 1878. Elle a toujours eu une bonne santé. Elle a accouché pour la première fois, à l'âge de 20 ans, d'un garçon qui est encore vivant ; à l'âge de 22 ans elle accouche d'un enfant à terme qui meurt à 15 jours ; en 1868, à l'âge de 30 ans, troisième accouchement, l'enfant meurt à 3 semaines. Les accouchements ont tous été faciles et sans accidents consécutifs. En 1873, avortement à 4 mois, elle redevient enceinte un mois après et avorte encore à 6 mois. Ces deux dernières grossesses étaient d'un père qui est mort tuberculeux à 31 ans. En 1875, elle se marie pour la 3e fois, avec son mari actuel qui l'a rendue mère d'un enfant qui est vivant ; elle est actuellement enceinte de 6 mois.

Depuis le mois de janvier dernier, la malade se plaint de douleurs dans les membres et de fatigue. Il y a un mois ont apparu sur les seins des pustules qui ont rapidement augmenté de nombre ; depuis quinze jours sont apparues des pustules sur les lèvres et les ailes du nez ; depuis une semaine, les paupières sont devenues rouges et gonflées et se sont couvertes de croûtes ; en même temps sont apparues sur le tronc des pustules très prurigineuses ; enfin dans ces derniers jours, il s'est encore fait de nouvelles poussées éruptives. L'appétit est conservé, le sommeil est bon, les mouvements du fœtus sont jusqu'à présent normaux.

État actuel, 13 mai 1878. — La malade présente un embonpoint suffisant : ses cheveux sont châtains ; la face présente des traînées de chloasma.

Les narines, la lèvre supérieure et les paupières sont rouges, gonflées, couvertes de croûtes jaune verdâtre sous lesquelles se trouve du pus, autour des croûtes se trouvent de petites pustules. Sur le tronc, particulièrement au niveau du bas-ventre, se trouvent des groupes de pustules plus ou moins nombreuses, siégeant sur une peau rouge et enflammée ; les groupes les plus grands sont couverts de croûtes. Dans le pli sous-mammaire de chaque côté on voit une plaque de la grandeur de la main, rouge sombre, humide et macérée, tout autour est une large bande croûteuse, en dehors de laquelle est une rangée multiple de nombreuses pustules. Un grand nombre de groupes pustuleux sont apparus en un seul jour sur les avant-bras du côté de la flexion et se sont multipliés si rapidement qu'aujourd'hui toute la face interne des avant-bras est criblée de pustules qui ne laissent plus reconnaître leur mode primitif de groupement. La dernière phalange de tous les doigts est enflammée et tuméfiée, l'épiderme du repli péri-unguéal est soulevé par du pus sur la largeur d'un grain de mil à une lentille. La face inférieure des orteils du pied droit est tuméfiée et le gonflement s'étend jusqu'au milieu de la plante sous forme d'une bande de la largeur du doigt où la peau est rouge et l'épiderme soulevé par de larges pustules. Une autre bande pustuleuse analogue d'un centimètre de large parcourt la longueur de la plante du pied droit suivant la ligne médiane.

(1) Observation inédite communiquée par le professeur Kaposi.

Les viscères ne présentent rien d'anormal. La grossesse est au 6e mois, le fœtus est vivant, la tête est dans la fosse iliaque gauche.

Dans le cours ultérieur de la maladie, la fièvre qui était apparue dès le début se maintient entre 38°,5 et 39°,5. Il se fit constamment de nouvelles poussées de pustules, soit sous forme de nouveaux groupes isolés, soit au pourtour des plaques déjà existantes ; plus tard elles apparaissaient sans ordre, produisant de larges surfaces rouges plus ou moins squameuses ; l'éruption s'étendit ainsi sur la presque totalité du tégument, ne respectant que des points restreints. A la plante des pieds, l'épiderme était soulevé par de larges phlyctènes purulentes, qui après leur rupture laissaient le corps muqueux à nu. Il en était de même aux orteils et aux doigts où l'épiderme s'exfolie comme des doigts de gant entraînant les ongles avec lui.

La malade est profondément abattue, elle souffre de violentes douleurs dans les masses musculaires des membres ; il y a de l'œdème de la face et surtout des extrémités inférieures. L'urine ne contient à aucun moment ni albumine ni sucre.

17 juin. La malade accouche d'un enfant du sexe masculin dont la peau ne présente rien d'anormal.

Après l'accouchement, l'œdème disparut graduellement, l'état général s'améliora, mais il continua à se faire de nouvelles poussées de pustules. La peau était d'un rouge brun foncé, desquamant en larges lamelles.

Le traitement n'avait consisté jusque-là qu'en poudrages d'amidon et en quinine à l'intérieur. A partir du 22 juin elle fut mise dans le bain permanent ce qui fit cesser les poussées pustuleuses, détacher les croûtes et les squames et permit la régénération de l'épiderme.

Quand la malade quitta l'hôpital, après un séjour de 65 jours, la peau était encore rouge mais l'épiderme était lisse et sans desquamation. Sur les seins et les fesses il y avait quelques plaques bien limitées, rouges, luisantes et ressemblant à des vergetures. Les ongles avaient commencé à repousser, les cheveux étaient encore très rares et le cuir chevelu était encore rouge et squameux.

M. Kaposi (*loc. cit.*, p. 292) croit que c'est cette malade qui a été soignée en ville par Hans v. Hebra pour une récidive dont elle est morte (1).

Obs. IV (2). — B. B..., âgée de 30 ans, est entrée à la Clinique, le 10 mars 1880, venant du service d'accouchements où elle avait accouché le 6 mars, pour la sixième fois. Tous ses accouchements ont été normaux, une fois elle a mis au monde des jumeaux. On ne trouve chez elle aucun antécédent syphilitique.

La dermatose qui l'amène a débuté depuis 4 semaines. Sur le côté gauche du bas-ventre on trouve des plaques de la grandeur d'un kreutzer à un thaler ou même plus grandes par confluence. Le centre est couvert de croûtes, la périphérie est formée d'une large bande rouge et enflammée,

(1) Cf. H. v. Hebra. *Die krankh. Veränderungen der Haut*, p. 198.

(2) Observation inédite communiquée par le professeur Kaposi.

couverte de 3 à 4 rangées de pustules miliaires. La face antérieure de la cuisse droite présente une plaque de la grandeur d'un kreutzer couverte de pustules très serrées. Une bande rouge de 3 doigts de large s'étend de la région inguinale droite jusqu'à la face interne de la cuisse du même côté; elle est bordée d'épiderme ramolli formant une bouillie fétide et couverte de pustules isolées ou groupées. A la partie moyenne de la face interne de la cuisse gauche est une plaque de la grandeur de la paume de la main, couverte au centre de croûtes minces et présentant à la périphérie une bande rouge vif de la largeur du doigt ayant l'aspect d'une brûlure ; cette bande est bordée de pustules semblables à celles qui ont été décrites ci-dessus.

Les membres inférieurs sont couverts de groupes pustuleux de grandeur variable, disséminés du côté de l'extension, plus serrés dans les creux poplités et les jambes. On trouve encore de nombreuses traces de grattage. Le cou est semé de pustules isolées et de groupes de la grandeur d'un haricot, qui commencent déjà à se couvrir de croûtes. Sur la partie moyenne du dos entre la 9e et la 12e côte sont des plaques de la grandeur de la main, entourées d'une bande pustuleuse et paraissant provoquées par le grattage. Une autre plaque de la grandeur de la main sur l'épine de l'omoplate droite, arrondie, bien limitée, rouge, squameuse et entourée du côté de l'aisselle par une rangée multiple de pustules. La face est couverte de plaques de chloasma. Le traitement consiste au début simplement en poudrages d'amidon et un peu plus tard en onctions d'onguent diachylon sur l'abdomen.

Pendant quelque temps après il survint encore de nouvelles poussées qui ne tardèrent pas à s'atténuer. L'urine contenait des traces d'albumine ; la température variait entre 38° et 38°,4.

Le 24 mars, 15 jours après son entrée, la malade put quitter le service guérie.

Elle rentra à la clinique le 11 mars 1881 venant d'accoucher de deux jumeaux, avec une nouvelle atteinte d'impetigo herpetiformis. Elle en mourut le 24 mars 1881 (1). A l'autopsie l'on trouva les lésions suivantes : « Septicémie avec tuméfaction aiguë de la rate qui atteignait le quadruple de son volume normal, ayant pour origine une endométrite purulente fétide » (*loc. cit.*, p. 292).

Obs. V (2). — Amélie Sta..., âgée de 30 ans, est entrée dans le service le 15 mai 1888. Elle a eu cinq accouchements normaux. Le 10 avril dernier elle a vu apparaître aux parties génitales une éruption suintante qui persiste encore. Le 10 mai elle a accouché prématurément d'un fœtus mort de six mois.

La malade est maigre et fatiguée, sa température est de 39°. La poitrine et le ventre sont le siège d'une rougeur diffuse et couverte de croûtes. L'érythème s'étend des parties génitales sur les cuisses, il se limite sur la cuisse gauche par une ligne droite ; du côté droit il s'étend jusque sur le dos où, sur des surfaces de la grandeur d'un thaler, l'épiderme

(1) Kaposi. *Loc. cit.*, p. 291.
(2) Observation inédite communiquée par le professeur Kaposi.

est excorié. Sur les membres supérieurs et inférieurs se trouvent des plaques disséminées de la grandeur d'un kreutzer à un thaler. Ces plaques siégeant sur un derme rouge montrent une partie centrale couverte de croûtes, suintante et excoriée et une bordure de petites vésicules miliaires à contenu trouble, très nombreuses et serrées. Des pustules analogues se trouvent sur les lèvres, sur la langue, sur la muqueuse de la voûte et du voile du palais.

Il existe des lésions de tuberculose pulmonaire.

19 mai. Frissons, diarrhée. L'érythème s'est étendu à tout le corps qui, depuis le cou jusqu'au dos des pieds, présente une teinte rouge diffuse. Sur les membres supérieurs sont de nouveaux groupes de pustules miliaires. Sur le sein droit et dans l'aine droite se trouvent de petites excoriations lenticulaires où le corps papillaire mis à nu est couvert de pus.

La rate est augmentée de volume. Temp. matin, 40°; soir, 41°.

Mort.

Nécropsie. — Impetigo herpetiformis; tuberculose pulmonaire; ulcères tuberculeux de l'iléon et du cæcum; utérus après accouchement au 6e mois de la grossesse.

Obs. VI (1). — Rosalie Sk..., âgée de 30 ans, est entrée le 11 mars 1889. Elle a accouché, il y a 7 ans, d'un enfant qui est mort à 4 mois d'hydrocéphalie aiguë. Son 2e enfant, né il y a deux ans, est mort à 6 mois d'étranglement interne. Elle est entrée à l'hôpital le 27 février pour un érysipèle de la face et le 11 mars elle a été transférée à la clinique dermatologique.

La malade est actuellement dans le neuvième mois de sa grossesse. L'abdomen et les membre inférieurs, surtout les cuisses, sont semés de plaques érythémateuses de la grandeur d'un thaler à celle de la main. Le centre de ces plaques est livide, elles sont entourées d'une bordure rouge en dedans de laquelle se trouvent en très grand nombre des pustules du volume d'un grain de mil disséminées ou réunies en groupes grands comme une pièce d'un kreutzer.

Au bout de peu de jours des plaques érythémato-pustuleuses analogues se montrent sur le dos des mains et sur le tiers inférieur des avant-bras. A la partie supérieure de l'abdomen se trouve une plaque de 15 centim. de long sur 8 centim. de large, couverte de pustules très serrées. Des plaques analogues en forme de cercles ou de bandes se développent encore au niveau des clavicules, sur les bras, dans les aisselles et sur le côté gauche du ventre.

La température reste modérément élevée; l'urine contient des traces d'albumine.

27 mars. La malade étant prise de douleurs, est transférée à la clinique d'accouchements où elle met au monde un enfant sain, long de 50 centim. et pesant 2,900 gr.

Le 28. Il se fait une poussée de plaques de la grandeur d'un thaler à la face externe de la cuisse gauche.

(1) Observation inédite communiquée par le professeur Kaposi.

4 avril. Toutes les plaques érythémateuses ont pâli laissant de la pigmentation. Les pustules sont desséchées en croûtes.

Le 25. Sur le bord des macules pigmentées, il commence à se détacher difficilement des squames argentées, et au bout de peu de jours toutes les surfaces qui avaient été atteintes par l'impétigo sont transformées en plaques typiques de psoriasis desquamant abondamment.

Après un traitement approprié par la pommade à l'acide pyrogallique, la malade put quitter le service le 13 juillet, complètement guérie de son impétigo et de son psoriasis.

Obs. VII (1). — Anton Hansalik, manœuvre, âgé de 20 ans, entre le 1er mai 1884, dans la clinique dermatologique, avec le diagnostic d'eczéma intertrigineux du scrotum.

Il est de petite taille, maigre, avec une oxycéphalie marquée et quelques troubles cérébraux. Le scrotum, qui est œdématié et a le volume d'une tête d'enfant, ainsi que le périnée sont rouges et couverts de croûtes écailleuses sous lesquelles le corps muqueux dénudé fournit une abondante sécrétion séreuse. Dans les plis de l'aine, la peau est rouge et suintante. Temp. 37°,2 ; 38°.

3 mai. Temp. 38°,4 ; 37°,8.

Le 4. Dans la région génito-crurale et le périnée, la peau est rouge, modérément tuméfiée, suintante ou couverte de minces croûtes lamelleuses, séparée de la peau saine par une bordure de la largeur d'un doigt, rouge, couverte de pustules du volume d'un grain de mil à une tête d'épingle, serrées et formant plusieurs rangées. La peau du pénis est rouge, œdématiée couverte de pustules très drues du volume d'un grain de moutarde à une tête d'épingle. Il n'y a pas d'autre lésion sur le reste du corps. Les viscères ne présentent rien d'anormal. La température atteint 39° matin et soir.

L'aspect de l'éruption était si caractéristique que je fis le diagnostic d'impetigo herpetiformis quoique le malade fût un homme et que je n'eusse vu encore cette maladie que chez des femmes enceintes ou accouchées.

5 mai. T. : 38°,6, 38°.

Le 6. T. : 37°,8, 38°,1. Pouls : 118. La région sacrée présente une rougeur diffuse ; il y a quelques taches érythémateuses sur les épaules, la paroi antérieure du thorax et la paroi abdominale. Dans cette dernière région on trouve aussi des groupes lenticulaires de petites pustules sur une base érythémateuse et des pustules isolées du volume d'un grain de chènevis.

La malade est dans la torpeur ; les réflexes rotuliens sont abolis : le réflexe plantaire est diminué ; la sensibilité de la peau est très obtuse ; sur les cuisses et les jambes les piqûres d'épingle, même profondes, ne déterminent ni sensation ni réflexe ; les piqûres de la main et du dos du pied déterminent des mouvements réflexes. La malade se plaint d'une sensa-

(1) Kaposi. *Vierteljahr. für Dermatologie und Syph.*, 1887. Les lésions de la peau et de l'œsophage sont représentées dans les planches VI et VII du mémoire précité. Résumée.

tion d'engourdissement des membres inférieurs. La sensibilité à la température est conservée.

Pas de douleur à la pression de la colonne vertébrale. Incontinence des urines et des matières fécales. L'urine contient une faible quantité d'albumine et une assez notable quantité d'indican.

Le 7. La température prise toutes les 2 heures varie entre 37°,6 et 37°,8.

Le malade est somnolent, sa langue est sèche, fendillée; on produit facilement sur lui la raie méningitique.

Toute la fesse gauche est le siège d'une rougeur intense sur laquelle se détachent encore quelques petits îlots de peau saine. Cette surface est criblée de petites pustules du volume d'une graine de pavot, atteignant quelquefois par confluence le volume d'une lentille. On trouve sur le tiers supérieur de la face externe de la cuisse et surtout sur l'hypogastre de petites plaques isolées dont le centre est occupé par une croûte de la grandeur d'une lentille et dont la périphérie est formée de pustules du volume d'un grain de chènevis et au-dessous, serrées les unes contre les autres jusqu'au contact ; tout autour enfin se trouve une auréole inflammatoire rouge clair de 2 millim. de large.

Le 8. T. : 37°,9, 38°,2. Une strie de grattage sur l'épaule gauche est couverte de pustules et entourée d'une auréole rouge clair.

Le malade est un peu moins somnolent et un peu plus maniable que les jours précédents, ce qui permet de faire un nouvel examen des viscères qui ne révèle rien d'anormal.

La peau du pénis et du scrotum est tuméfiée, d'un rouge pâle ; il y a un phimosis avec balanite. La langue est sèche, fendillée. L'urine contient une quantité d'albumine et d'indican plus grande qu'au début. Incontinence des matières fécales.

Dans la soirée trois vomissements bilieux.

Le 9. T. : 37°,7, 37°,8. Pouls 96.

Dans une zone qui s'étend de chaque côté à 4 centimètres du repli périnéal la peau est excoriée et couverte de croûtes brunes. Plus en dehors et sur une largeur de 8 centim. la peau est rouge vif, excoriée et suintante. L'épiderme soulevé par les pustules confluentes est détaché aux points de pression, c'est-à-dire au niveau du grand trochanter, de la tuberosité ischiatique et de la crête iliaque du côté droit. Le scrotum et le pénis sont couverts de larges squames minces. En différents points du corps apparaissent des poussées d'érythème qui ne persistent que dans les points de contact tels que la face interne des deux genoux et les malléoles internes.

Des stries de grattages parallèles de 2 à 6 cent. de long se trouvent au-dessus du condyle du tibia gauche et au niveau de l'épine du tibia droit. Au niveau du condyle interne du fémur gauche est une excoriation de grattage de la grandeur d'un haricot dont la partie inférieure est déjà bordée de pustules miliaires. A la partie supérieure de la face interne de la cuisse gauche sont plusieurs lésions tout à fait caractéristiques, rondes, grandes comme des noyaux de cerise avec une croûte centrale, une couverture de pustules et une auréole rouge; des lésions analogues se trouvent sur le tronc et la cuisse droite.

Le malade perd ses matières fécales.

Le 10. Temp. 37°,3, 38°,5.

Beaucoup d'excitation la nuit, insomnie et délire.

Le 11. Temp. 39°-38°,8. Pouls 112. Nouvelles excoriations de grattage sur les membres inférieurs, les régions axillaires et la poitrine. Les anciennes excoriations au niveau du condyle interne du fémur se couvrent de pustules du volume d'une tête d'épingle formant des cercles ou des groupes.

L'éruption s'étend maintenant sur la fesse gauche qui jusqu'à présent avait été modérément atteinte, de sorte que toute la région de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au trochanter en bas et jusqu'à la tubérosité ischiatique en arrière est d'un rouge intense, couverte au centre de pustules confluentes ou de croûtes, tandis que toute la zone périphérique est couverte de pustules bien distinctes, semées comme des perles, mais extrêmement rapprochées (Voir pl. VI). Au-dessus de cette région sont quelques plaques parfaitement isolées de la grandeur d'une noisette.

On trouve les signes d'un épanchement pleural s'élevant jusqu'à la 8e côte. Pas de sensibilité à la pression de la colonne vertébrale. Les membres inférieurs conservent leur motilité.

Le 12. Temp. 37°,5-38°. Pouls à 116, irrégulier. Le siège présente dans toute son étendue une peau d'un rouge livide, lisse, sèche et sans croûtes ni efflorescences ; sa limite supérieure est formée d'une bande pustuleuse. Les cercles pustuleux de l'abdomen s'agrandissent excentriquement.

La quantité d'albumine et d'indican contenus dans l'urine augmente sensiblement. Réflexe plantaire plus net, réflexe rotulien complètement aboli. Somnolence profonde.

Le 13. Temp. 37°,3, 37°,2. Pouls 113. Le malade est dans le coma. Le tronc et surtout la face sont couverts d'une éruption d'urticaire avec des élevures bien marquées. La face dorsale des avant-bras et des mains présente une rougeur diffuse qui pâlit par la pression.

La plante et le bord interne des pieds sont le siège d'un érythème en placards légèrement saillants, bien limités, d'un rouge brique, qui par confluence forment de larges surfaces rouges. Les écorchures de grattage des membres inférieurs sont toutes transformées en cercles pustuleux caractéristiques.

Des deux côtés du thorax sont apparues de nombreuses plaques de la grandeur d'un thaler et au-dessous, rouges et fortement saillantes, couvertes de petites pustules très serrées, du volume d'une tête d'épingle. Sur le dos, l'éruption s'étend de même vers le haut.

Le 14. Temp. 37°,5-38°. Pouls, 120. Éruption abondante d'élevures urticariennes sur la poitrine, les membres supérieurs, le dos des mains, le dos des pieds et la face, moins abondante sur le ventre. Le prurit qui était hier très vif a provoqué de nombreuses écorchures de grattage qui sont aujourd'hui bordées de pustules miliaires. Les anciens foyers ont grandi excentriquement. L'éruption couvre presque tout le corps.

Le 16. Temp. 37°-37°,2. Pouls, 112. Sur la face, l'éruption est en voie de régression. La peau est rouge vif, sèche, parcheminée, les croûtes et les squames sont tombées. La poitrine est envahie par l'éruption qui couvre maintenant toute la face antérieure du tronc.

Nouvelle poussée d'urticaire sur les membres supérieurs.

Le 17. Temp. 37°,5-38°,5. Pouls, 120. L'éruption est devenue confluente sur le ventre.

Vomissements répétés pendant la journée. Dans la soirée grande excitation ; sensation de chaleur insupportable ; délire. Injection de morphine.

Le 19. Temp. 37°,8-38°. Menace d'eschare sacrée. Le malade est mis dans le bain permanent.

Le 20. Temp. 37°-37°. Pouls petit à 92. Toutes les pustules ont disparu, leur place est marquée par des surfaces rouges et excoriées. L'urticaire a disparu. Somnolence.

Le 21. Temp. 36°,4-37°,9. Pouls 132. Nouvelle éruption de petites pustules serrées à la périphérie des anciennes plaques et dans leur aire même ; elle est particulièrement caractéristique sur les parties qui sont constamment baignées par l'eau, c'est-à-dire sur l'abdomen, les régions trochantériennes, les cuisses et le dos. Vers le milieu de la neuvième côte se trouve une bande ecchymotique diffuse de 4 centim. de long environ.

Nouveaux vomissements. Coma, délire vers le soir qui persiste jusqu'à 5 heures du matin.

Le 22. Mort dans le collapsus.

Nécropsie, par le professeur Kundrat (résumée).

La face interne du crâne, au niveau des os frontal et pariétaux est tapissée d'ostéophytes saillants.

La trachée contient du muco-pus, la muqueuse de la trachée et du larynx est pâle.

La muqueuse de la voûte palatine est pâle ; celle du voile du palais, de la luette, de la paroi postérieure du pharynx est rouge, gonflée, desquamée ; sur le voile sont quelques ulcérations miliaires superficielles.

L'œsophage présente au-dessous de la bifurcation de la trachée une zone d'ulcérations lenticulaires, superficielles, bordées d'épithélium nécrosé et entourées d'une auréole rouge. Au voisinage du cardia on trouve sur le sommet des plis, des ulcérations de 2 à 3 centim. de long et de 4 à 5 millim. de largeur transversale, à bords déchiquetés, avec des débris encore adhérents d'épithélium nécrosé. Il y a aussi quelques ulcérations rondes grosses comme des têtes d'épingle.

Les poumons sont congestionnés dans leur partie postérieure. Les plèvres contiennent un peu de liquide.

Le péricarde contient un peu de sérosité. Le cœur est contracté. Pas de lésions d'orifice. L'aorte ascendante offre à peine la grosseur du doigt et ses parois sont très minces.

Le foie est réuni au diaphragme et aux intestins par des adhérences tantôt lâches, tantôt formées de fausses membranes épaisses et criblées de nodules caséeux.

Le péritoine du petit bassin et de la partie inférieure de la paroi abdominale est criblé de petits nodules caséeux du volume d'un grain de chènevis. La cavité péritonéale contient de la sérosité purulente.

La rate est petite, dure et pâle, elle est intimement soudée au diaphragme par des fausses membranes criblées de tubercules.

Le grand épiploon est rétracté, adhérent aux anses intestinales, rempli de tubercules.

Les reins sont mous et la substance corticale est épaissie.

La dure-mère rachidienne est soudée à la pie-mère dans la région cervicale. La moelle dans la même région est large, comme aplatie et ramollie ; à la section on trouve que le canal épendymaire y est dilaté et forme une cavité de 6 centim. de long sur 3 à 4 millim. de large.

Obs. VIII (Maret) (1). — Femme de 43 ans, entrée à l'hôpital le 28 mars 1887. Première grossesse en 1868 ; au 5e mois de la grossesse, éruption analogue à l'actuelle. Elle était constituée par des groupes de pustules isolées ou confluentes siégeant sur une base érythémateuse, elle avait débuté par les cuisses et s'était étendue au ventre, à la poitrine et aux extrémités, en s'accompagnant d'une fièvre assez vive. Chaque poussée éruptive s'accompagnait d'une recrudescence de la fièvre.

A la fin de la grossesse, l'éruption était étendue à tout le corps qui était couvert de larges surfaces excoriées et suintantes ou couvertes de croûtes. Elle guérit spontanément 2 mois après la naissance d'un enfant qui ne vécut que 10 jours.

Dernière menstruation en août 1886. Grossesse normale jusqu'en février 1887. Au milieu de février, après quelques jours de malaise, apparition dans l'aine droite de plaques rouges de la grandeur d'un thaler qui se couvrirent de pustules et s'accompagnèrent d'une vive sensation de cuisson et de démangeaisons ; les pustules contenaient un pus verdâtre qui se concrétait en croûtes. L'éruption s'étendit ensuite aux seins, au tronc, aux bras, aux jambes, au dos. Constipation et dysurie. La malade put néanmoins continuer son travail.

28 mars. Le bas-ventre est couvert de croûtes brun verdâtre ainsi que la partie supérieure de la face interne des cuisses. Dans les plis inguinaux l'épiderme est macéré et couvert d'une bouillie jaune verdâtre. Les parties génitales sont rouges et œdémateuses. Le tronc est couvert de plaques croûteuses isolées ou confluentes, entourées chacune d'un cercle de pustules, parfois confluentes, du volume d'un grain de mil à un grain de chènevis. Dans la région de la hanche droite, sont plusieurs groupes de pustules dont la partie centrale se dessèche en croûtes brunâtres ou verdâtres, constituant ainsi des placards arrondis ou ovales, dont le centre est formé de petites croûtes, entourées d'un cercle simple ou multiple de petites pustules, le tout siégeant sur une plaque érythémateuse diffuse. Lésions analogues sur les seins. Dans les plis sous-mammaires se trouve une masse crémeuse, verdâtre et fétide. Rien sur les jambes, les bras ou la face, si ce n'est çà et là quelques pustules disséminées ou formant de très petits groupes. Quelques croûtes sèches sur le cuir chevelu.

Rien sur les muqueuses, si ce n'est sur la langue qui est humide, un peu chargée, et présente en son milieu une plaque brillante, desquamée, légèrement infiltrée, à bords irréguliers et formant une bande serpigineuse.

Sensation de tension de la peau, démangeaisons, état général bon.

Le 29. Quelques stries de grattage sur la poitrine se sont couvertes de

(1) H. Maret. Ueber die Impetigo herpetiformis Hebra's. Thèse de Strasbourg, 1887 (avec une photographie). Résumée.

pustules, sensation de brûlure dans les mains. Sur la dernière phalange des 4e et 5e doigts sont des petits groupes de pustules remplies d'un pus jaunâtre. T. 37°,3, 38°,7.

Le 30. Céphalalgie. Sensation de chaleur et de démangeaison empêchant le sommeil. Éruption de nouveaux groupes pustuleux jaune verdâtre sur la face interne de la cuisse gauche. Toute la partie inférieure du ventre de l'ombilic aux aines et aux grandes lèvres est couverte de croûtes verdâtres sous lesquelles se trouve une surface excoriée. Température 36°,7-37°,4.

2 avril. La paume des mains et particulièrement des doigts est le siège d'une vive sensation de brûlure et présente des pustules isolées ou confluentes. L'urine est peu abondante ; elle est rouge, trouble ; elle contient quelques globules de pus, des cellules épithéliales de la vessie et pas d'albumine. Température 36°,7-38°,7.

Le 6. Les pustules de la face palmaire des mains et des doigts se sont élargies et deviennent confluentes. Elles n'ont pas ici, comme dans les autres points du corps, tendance à se dessécher en croûtes à cause de l'épaisseur de l'épiderme. La sensation de tension et de brûlure est soulagée par l'évacuation des pustules. T. 37°,2-38°.

Le 10. Nouvelle poussée éruptive aux jambes formée de pustules disséminées ou réunies en groupes. Sur le ventre, l'épiderme s'est reformé, mince et recouvrant une surface rouge vif. T. 36°,8-37°,6.

Le 12. Accouchement d'un enfant, un peu avant terme, qui ne présente aucune trace d'éruption.

En certains points du ventre, de la poitrine et des cuisses, les croûtes sont tombées laissant voir un épiderme mince sur une peau rouge ; mais dans les parties jusque-là respectées il se fait continuellement de nouvelles poussées de petits cercles pustuleux à centre croûteux ou suintant. L'éruption atteint les pieds qui sont œdématiés, les oreilles (pavillons et conduits auditifs), le cou, la face, le cuir chevelu ; les paupières sont œdématiées et présentent de la conjonctivite, mais sans pustules sur la conjonctive.

La fièvre et les démangeaisons persistent, mais au fur et à mesure qu'il se fait de nouvelles poussées, les premières régions atteintes se guérissent. Température, 37° à 39°,5.

Du 30 avril au 2 mai, la fièvre disparaît complètement et il ne se fait pas de nouvelle éruption, mais le 3 mai la température monte à 39°,7 et le 4 apparaissent de nouvelles pustules sur le pied gauche.

Pendant tout le mois de mai le même état continue sans changement ; fièvre irrégulière ; la température atteint rarement 39° et descend souvent à 37°. Poussées continuelles de nouvelles plaques toujours avec les mêmes caractères et en tous les points du corps. L'état général s'altère progressivement. La malade maigrit et à la fin du mois se présentent de la diarrhée et quelques douleurs articulaires.

Pendant le mois de juin, la malade eut à plusieurs reprises des selles sanglantes et les urines, jusqu'alors normales ou présentant simplement les caractères de l'urine fébrile continrent pendant quelques jours de l'albumine. A la fin du mois son état commença à s'améliorer, il ne se faisait

plus de nouvelles poussées éruptives et les anciennes lésions s'amélioraient manifestement. La guérison fut complète vers le milieu de juillet.

Obs. IX (du Mesnil et Marx) (1). — Femme, 30 ans, entrée le 25 juillet 1888 au Juliusspital de Würtzburg.

L'éruption a commencé depuis 5 semaines et a envahi la bouche depuis quelques jours.

La malade est mariée depuis 4 ans, et a accouché il y a 2 ans 1/2 d'un enfant bien portant. Pas de nouvelle grossesse.

Il y a 15 jours ont apparu des vésicules sur le tronc et aux parties génitales accompagnées d'une légère sensation de brûlure, puis sont survenus des frissons violents avec céphalalgie et quelques vomissements.

L'appétit est supprimé, les selles sont irrégulières. Palpitations, insomnie.

La malade est peu développée, anémique. L'éruption occupe surtout les parties génitales et les plis génito-cruraux; qui sont couverts d'une masse pulpeuse grisâtre ou brunâtre, très fétide. La limite des lésions est nettement tracée, mais irrégulière, entourée d'une zone rouge, couverte de pustules du volume d'une tête d'épingle à une lentille, jaunes, isolées ou réunies en groupes. Les pustules ont un contenu crémeux, sont ombiliquées et ont l'aspect de papules syphilitiques recouvertes d'une fausse membrane diphtérique. Sous les croûtes est une surface rouge vif tapissée d'un liquide visqueux avec l'aspect d'un eczéma suintant. Sur les cuisses, l'abdomen et dans les régions sacrée et lombaire, on trouve des lésions analogues mais plus disséminées et entourées chacune d'une auréole rouge. Des lésions pustuleuses analogues occupent les creux poplités, les plis du coude, le devant du cou, le menton et les commissures buccales où se trouvent quelques rhagades douloureuses. Haleine fétide, la muqueuse des joues présente des plaques irrégulières de la grandeur d'un haricot avec un enduit grisâtre fétide sous lequel se trouve une muqueuse rouge vif. L'amygdale droite présente une sorte de fausse membrane jaune de la grandeur d'une lentille. Ganglions inguinaux et sous-maxillaires tuméfiés et douloureux. Rien dans les viscères. Urine normale : T. : 37°,8; P. 115.

28 juillet. Les lésions se sont étendues vers la périphérie, fourmillements dans les mains et les orteils. Sensibilité normale, réflexes normaux. Température 37°,9.

Le 30. Céphalalgie intense, sensation très vive de brûlure dans la bouche. Extension des lésions dans la bouche et sur la peau où elles exhalent une odeur fétide.

Bain prolongé; on donne un traitement d'épreuve avec mercure et iodure de potassium.

Les jours suivants, les lésions s'étendent de plus en plus. Les plis inguinaux sont couverts d'un épais enduit grisâtre. La muqueuse vulvaire présente des lésions analogues à celles de la bouche et très douloureuses. La température varie de 37°,6 à 37°,9. Un certain nombre des plus ancien-

(1) Th. du Mesnil et K. Marx. Ueber Impetigo impetiformis. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1889, 657. Résumée.

nes lésions sont guéries, laissant des plaques brun rouge sans saillie sur la peau voisine.

10 août. Température : 38°,2. Céphalalgie et prostration.

Traitement : Bain permanent, morphine. Urine 800. c.c. sans albumine.

Le 29. Frissons. Température, 39°. Pouls, 140. Dyspnée. Cyanose. Rien à l'examen des poumons.

La langue est très tuméfiée avec quelques pustules et des excoriations sur les bords. Quelques pustules sur le palais.

Traitement. Injections sous-cutanées de camphre. Glace intus et extra. Le soir chute de la fièvre avec crise sudorale.

1er septembre. Amélioration considérable du côté de la bouche.

Les jours suivants la malade reste dans le bain permanent.

Amélioration notable. Les parties de la peau atteintes les premières sont presque complètement guéries, conservant une couleur violacée. En quelques points comme dans le pli du coude droit se trouvent des saillies papillomateuses ressemblant à des condylomes acuminés. L'éruption a parcouru presque toute la surface du corps.

Le 6. La malade est brusquement prise d'un grand frisson avec étourdissements.

Dyspnée, sensation de faiblesse extrême. Obnubilation intellectuelle, délire. Nystagmus, vomissements bilieux. Six selles sanglantes.

Pouls petit, mou, 140. Temp. 38°,7.

Le 7. Amélioration de l'état général. Excroissances papillomateuses analogues à celles du coude sur la muqueuse des joues, du palais, des amygdales, à l'angle interne des yeux et aux narines.

Dans l'après-midi nouvel accès de fièvre comme la veille.

Le 8. Nouvel accès.

Le 19. La muqueuse de la joue droite est couverte d'un grand nombre de pustules jaunes irrégulières.

Le voile du palais présente 3 saillies verruqueuses du volume d'un pois. Sur la joue droite, macule brune de la grandeur d'une lentille, vestige de l'éruption passée. En différents points de la face se trouvent quelques pustules miliaires disséminées et entourées d'une auréole rouge.

Un grand nombre de plaques dont le centre d'un rouge brun est recouvert d'épiderme et dont la périphérie est couverte d'un enduit gris jaunâtre se trouvent dans le dos, aux membres du côté de la flexion, au-devant du cou, dans les aisselles, sous les seins et surtout sur le ventre autour de ces plaques il se fait constamment de nouvelles éruptions.

L'éruption s'étend dans les plis génito-cruraux, les grandes lèvres et la face interne des cuisses. Dans les plis du coude les régions atteintes sont couvertes d'excroissances papillaires si serrées que la région présente l'aspect de certaines serviettes de toilette.

L'état général s'améliore malgré quelques petites poussées qui se reproduisent de temps en temps.

Le 28. On constate sur la muqueuse du vagin et de l'anus quelques plaques analogues à celles de la vulve.

10 novembre. L'éruption est partout guérie laissant seulement de grandes plaques brun rouge, sans aucune saillie. Les excroissances papillaires ont partout disparu.

Retour des règles qui avaient cessé pendant toute la durée de la maladie.

25 mai 1889. La malade se représente en très bonne santé : la peau présente encore une pigmentation très marquée. Elle est enceinte de 4 mois.

La suite de l'observation a été publiée par Du Mesnil (1).

La malade est devenue enceinte en janvier 1889, et a eu en même temps une récidive de son éruption avec des ulcérations de la bouche et quelques groupes de pustules à la face interne des cuisses accompagnées de malaise, de frissons et de céphalalgie. La grossesse se termina au 7e mois par la naissance prématurée d'un enfant qui ne vécut que 3 mois. Après l'accouchement l'éruption guérit spontanément.

En avril 1890, nouvelle grossesse. Au bout d'un mois la même éruption reparut, débutant par le sacrum, s'étendant à l'abdomen et aux cuisses, aux plis génito-cruraux, aux organes génitaux, aux fesses, aux aisselles, à la bouche.

L'éruption était douloureuse, s'accompagnait d'altération de l'état général, de céphalalgie, de fièvre, de frissons, et de douleurs fulgurantes dans les jambes.

La malade entre à l'hôpital le 22 octobre 1890. L'éruption occupe surtout la région génito-crurale et le pli du coude droit. L'abdomen et les aines présentent des groupes de pustules du volume d'un grain de mil à une lentille, quelquefois ombiliquées. Les unes sont jaunes et contiennent un pus séreux, jaunâtre, les autres contiennent un pus crémeux, blanchâtre, d'autres enfin contiennent une masse molle, grisâtre, formée de pus, de cellules épithéliales et de détritus. La voûte des pustules est toujours très mince, bien tendue dans les lésions récentes, ridée dans les lésions anciennes.

La grandeur des groupes est très variable : les uns sont formés de 5 ou 6 pustules siégeant sur une base brun rouge ; d'autres ont la grandeur d'une pièce de 5 marcs et leur centre est déjà en régression.

Aux organes génitaux, à la face interne des cuisses et dans les plis génito-cruraux, les lésions forment une nappe saillante couverte d'un enduit grisâtre fétide sous lequel on trouve des saillies arrondies, suintantes répondant à peu près à la grandeur des pustules, rouge vif, très douloureuses au toucher. A la face interne des deux cuisses, cet enduit se continue avec des plaques irrégulières, bordées d'une double rangée de pustules. Cette bordure s'étend en formant des arcades, depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au condyle interne du fémur.

Du côté concave de cette bande, entre elle et la masse de détritus, se trouve une bande de 1/2 cent. de large où la peau est dépouillée de son épiderme, d'un rouge vif, un peu suintante.

Les groupes de pustules disséminées sur le reste du corps montrent surtout au voisinage du pubis, une croûte gris verdâtre sous laquelle la

(1) Théodore du Mesnil. Ein Fall von Impetigo herpetiformis. *Archiv. für Dermatologie*, 1891, 713.

peau est rouge vif, érodée, suintante ou bien recouverte déjà d'un épiderme mince et luisant.

L'éruption dégage une odeur horriblement fétide qui rappelle celle des condylomes plats confluents et macérés.

Sensibilité et réflexes normaux.

Gonflement modéré et indolent des ganglions sous-maxillaires et inguinaux.

On trouve aux fesses deux papillomes végétants du volume d'un œuf de pigeon, rouge violacé, aplatis entre les deux fesses ; une végétation analogue du volume d'une cerise, siège au niveau de l'ombilic, elle est entourée d'un cercle de pustules.

La muqueuse de la bouche et de la langue est gonflée, érodée avec quelques dépôts blanchâtres et même quelques érosions sur l'amygdale droite et la moitié droite du voile du palais.

Rien dans les viscères, pas de fièvre, urine 800 c. c., densité 1030, pas d'albumine, pouls rapide.

Traitement : Bain permanent, arsenic à haute dose.

1er novembre. Frissons, fièvre modérée, malaise, céphalalgie, vomissements. Éruption sur le ventre et les cuisses de papules urticariennes du volume d'une lentille avec vive sensation de cuisson, qui dès le lendemain matin sont transformées en pustules. Dans le pli du coude droit plaque de la grandeur d'une pièce de 10 pfennig érythémateuse, entourée d'un cercle de pustules avec un centre déprimé et violacé.

Le 9. Vomissements, palpitations, oppression, céphalée, sueurs profuses. Pouls : 130.

Deux jours après, nouvelle poussée de fièvre et éruption de quelques nouveaux groupes de pustules sur une base légèrement infiltrée.

Le 24. Accouchement facile d'un enfant avant terme de 2,540 gr. qui présente sur le dos de la main droite une plaque rouge vif, saillante, avec une vésicule lenticulaire flasque à contenu blanchâtre. Plusieurs petites pustules à contenu laiteux entourées d'une auréole rouge à la racine des deux mains, au menton et aux joues. Au-dessus de chaque talon se trouve une érosion épidermique superficielle et suintante.

Le 26. La mère présente à la face interne de la cuisse gauche une nouvelle poussée de pustules sur fond brun rouge qui entoure une plaque couverte d'un enduit pultacé. En même temps fièvre : 38°,5 avec douleurs, sueurs, etc.

Le 27. Température 39°. Extrême faiblesse, pouls rapide, petit, mou ; diarrhée. Sur les deux côtés du ventre éruption de quelques groupes pustuleux qui ressemblent tout à fait à l'éruption du zona. On reprend le bain permanent.

L'enfant nourri au lait de vache présente sous la langue une vésicule sanguinolente. Le dos de la langue est érodé superficiellement et couvert d'un enduit grisâtre. Le voile du palais et le plancher de la bouche sont couverts d'un enduit purulent avec des érosions saignantes. L'enfant est agité, mais n'a pas de fièvre.

Le 30. L'enfant présente quelques pustules sur les tempes et les paupières supérieures. Les ulcérations de la bouche ont mis à nu le périoste

de la mâchoire inférieure. Quelques érosions à l'anus, quelques taches rouges lenticulaires aux jambes.

Les jours suivants la mère et l'enfant présentent une série de poussées successives analogues aux précédentes. Les ongles des doigts de la mère sont profondément altérés ; ils ont perdu leur éclat, sont friables et s'écaillent à l'extrémité. Le milieu très épaissi forme une saillie transversale. Tourniole du médius droit. Guérison sous l'influence du bain permanent et pour l'enfant poudrages, bains et lotions au borax.

23 décembre. Excision des papillomes de l'anus. Exeat.

Obs. X (Personnelle). — R... Georges, portefaix, âgé de 53 ans, est entré à l'hôpital St-André de Bordeaux, le 22 juillet 1891, pour de l'œdème des jambes.

Cet homme était un buveur invétéré, qui depuis l'âge de 30 ans buvait 2 à 3 litres de vin et 7 à 8 petits verres d'eau-de-vie par jour, mais il ne présentait pas de symptômes d'alcoolisme bien nets à part quelques douleurs d'estomac le matin au lever.

Bien portant jusqu'à cette époque, il a été atteint il y a 7 ans d'une bronchite grave, et depuis lors il s'enrhumait fréquemment et il était facilement essoufflé.

Au commencement de l'année actuelle il a remarqué un peu de gonflement des jambes. Il est entré à l'hôpital et en est ressorti au bout de 20 jours. l'œdème ayant disparu. Les mêmes symptômes reparaissent peu de temps après et il rentre à l'hôpital avec un œdème considérable des membres inférieurs et du scrotum et une albuminurie marquée.

Je vois le malade pour la première fois le 18 août, et l'éruption avait déjà débuté depuis une dizaine de jours à la région génitale ; il aurait eu cependant quelques boutons dans l'aisselle il y a un mois.

A ce moment l'éruption a déjà pris un développement considérable et occupe toute la région génito-crurale et la partie inférieure du tronc. Elle forme de vastes plaques rouges, suintantes ou couvertes de croûtes lamelleuses brunâtres et séparées de la peau saine par une zone rouge criblée de petites pustules confluentes par places.

Les pieds et les jambes sont œdématiés, l'épiderme est pâle et tendu. A la face interne des deux jambes, un peu au-dessous des genoux se trouve de chaque côté une plaque rouge couverte de très petites pustules ; à droite où la plaque est plus grande, le centre est desquamé, couvert d'épiderme mince et luisant, la périphérie est formée d'une bordure de pustules miliaires.

Toute la région génito-crurale, le scrotum, le pénis, la partie supéro-interne et supéro-antérieure des cuisses ainsi que le pubis, sont le siège d'une rougeur sombre, avec gonflement modéré plus marqué à la verge ; la peau dépouillée de la couche cornée de l'épiderme laisse suinter par toute sa surface un liquide fétide qui mouille le linge du malade sans l'empeser. Ces parties rouges ne font aucune saillie sur les parties voisines de la cuisse qui sont un peu œdématiées, et le toucher n'y fait constater qu'une très légère dureté superficielle. Cette surface rouge est entourée d'une bordure parfois interrompue de 2 à 3 centim. de large où la peau,

rouge, mais non desquamée, est criblée de pustules miliaires blanc jaunâtre superficielles. La rougeur se prolonge par le périnée sur les fesses et la région sacrée où l'épiderme s'enlève en lambeaux minces et macérés, laissant une surface suintante mais non ulcérée.

La face externe des cuisses et les hanches sont couvertes d'une rougeur marbrée sans tuméfaction ni infiltration. Les taches rouges sont couvertes de pustules isolées ou plus souvent formant des groupes de la grandeur d'une lentille à une amande. Les groupes les plus grands constituent plutôt des cercles dont le centre est rouge, squameux ou croûteux. Les pustules sont blanc jaunâtre, du volume d'un grain de mil, de forme assez irrégulière, très superficielles et assez flasques, contenant un pus épais; elles sont très nombreuses et très serrées dans les groupes.

La face postérieure des cuisses et les fesses sont rouge foncé, livides avec un épiderme mince et luisant, ou excorié et suintant; la limite supérieure de la lésion est formée d'une bande pustuleuse de deux doigts de large.

Dans la région lombaire on trouve un grand nombre d'îlots de 2 à 4 cent. de diamètre, d'un rouge sombre, leur centre est couvert d'une croûte mince, leur contour est bordé de pustules miliaires blanchâtres.

L'éruption occupe toute la surface du ventre. Ce sont de vastes placards de 10 à 20 centim. de diamètre, déjà en grande partie confluents, de sorte que l'éruption abdominale dans son ensemble présente un contour largement polycyclique.

Le centre des placards est couvert de croûtes minces et brunâtres qui se détachent en lambeaux de 1 à 2 centim. La peau sous-jacente est rouge, souple, sans épaississement ou avec une très légère infiltration superficielle. Vers la périphérie de chaque placard, les squames deviennent moins abondantes, laissant une zone où la peau est plus rouge et parfois un peu suintante. La limite du côté de la peau saine est formée par une bande pustuleuse continue de 5 à 6 centim. de large. Au niveau de cette bande, le derme n'est nullement épaissi et à peine induré. La peau est d'un rouge vif moins sombre qu'au centre des plaques. Les pustules dont elle est criblée ont le volume d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, leur forme est un peu irrégulière, elles sont très superficielles, peu tendues et surtout sur l'abdomen, tout à fait flasques, au point qu'elles se plissent quand on tend la peau; leur voûte se déchire facilement et met en liberté un peu de pus très épais et visqueux. Les pustules n'ont aucun rapport avec les poils.

Au voisinage immédiat de la peau saine, les pustules sont relativement discrètes, mais elles sont toujours entourées, dépassées par l'érythème; puis elles deviennent rapidement plus nombreuses et plus serrées, enfin tout à fait confluentes, non par extension individuelle, mais par multiplication. Il en résulte que sur le bord central de la bande pustuleuse, la couche cornée de l'épiderme, soulevée en masse par la confluence des pustules, forme une fine membrane grisâtre, ridée, séparée du derme par une mince couche de pus épais et visqueux, et ressemble à du papier à cigarettes mouillé et plissé. Cette membrane se déchire par lambeaux, laissant à nu une surface rouge et suintante qui ne tarde pas à se couvrir de croûtes

minces et lamelleuses au fur et à mesure que la lésion grandit excentriquement. Dans les points où elle est la plus large, la zone pustuleuse semée de petites pustules jaunâtres, superficielles, à peu près égales, présente une certaine analogie avec l'éruption du thapsia ; cette ressemblance se perd au voisinage du bord central quand les pustules commencent à confluer.

Entre les grandes plaques éruptives dont la confluence est près de s'achever, on trouve encore quelques bandes d'épiderme décollé.

Toute la partie inférieure de la poitrine est semée de pustules formant des groupes ou des cercles de la grandeur d'une lentille à un haricot siégeant sur des plaques rouges parfaitement souples et sans aucune infiltration ; le centre des plus grands cercles est occupé par une croûte mince.

Sur la clavicule gauche et parallèment à sa direction est une plaque de 10 centim. sur 4, rougeâtre, squameuse et manifestement en voie de régression, car la bordure pustuleuse qui existait encore hier, a disparu aujourd'hui.

A la face interne du bras droit, au-dessous de l'aisselle, on trouve une plaque tout à fait typique de la grandeur de la paume de la main. C'est une plaque érythémateuse couverte de squames larges et de croûtes minces et bordées d'une zone de pustules miliaires,

Rien à la face ni dans la bouche ; la muqueuse linguale est rouge, lisse avec quelques sillons irréguliers.

Démangeaisons très modérées, limitées aux parties squameuses, nulles dans les parties pustuleuses.

La peau dans son ensemble est flasque, sèche, écailleuse, véritable peau de cachectique, on y remarque une pigmentation brune généralisée surtout marquée à la face.

Considérée dans son ensemble, l'éruption est caractérisée par des plaques érythémateuses arrondies, dont toute la partie centrale est excoriée et suintante ou bien couverte de croûtes et de squames, et dont la périphérie est entourée d'une bordure de pustules miliaires. Sur les plaques de très petite dimension qui ne dépassent pas beaucoup la grandeur d'une lentille, on trouve une ou deux rangées de pustules, mais dès que les plaques ont acquis une certaine étendue, les pustules ne forment plus de rangées régulières, mais plutôt un semis très dense sur une bande de largeur variable. Ces lésions s'étendent d'une façon centrifuge, toujours constituées par un centre croûteux, une zone d'excoriation qui peut envahir tout le centre, une zone de pustulation dépassée encore par l'érythème. L'infiltration est nulle ou insignifiante, ce que l'extrême flaccidité de la peau rend particulièrement net. Il n'y a nulle part d'ulcération proprement dite.

Sensibilité générale normale.

Les battements du cœur sont réguliers un peu faibles avec un très léger souffle systolique à la pointe. Les artères périphériques sont extrêmement athéromateuses, tout à fait pierreuses ; les radiales sont des tubes rigides où l'on ne sent pas la moindre pulsation.

Urines albumineuses. La quantité n'a pu être déterminée.

Diarrhée liquide abondante, 5 à 6 selles par jour. Appétit médiocre depuis plusieurs semaines, tout à fait nul depuis une huitaine de jours.

Le malade est très abattu, extrêmement faible, au point qu'il peut à peine se lever, il a des frissonnements irréguliers et se plaint toujours du froid.

19 août. T. A. 37°,2-37°,8. Les groupes pustuleux de la base de la poitrine se sont agrandis excentriquement et commencent à se toucher par leurs bords. La face antéro-interne des deux bras, la face antérieure de l'avant-bras droit présentent une éruption érythémateuse marbrée, formée de taches rouges de la grandeur d'une lentille à une pièce de 0,50 cent. souvent confluentes, sans infiltration ni pustules.

Le 20. T. A. 36°,6-37°,2. La muqueuse buccale est rouge, un peu sèche, avec un enduit blanchâtre sur les gencives et la voûte palatine. La langue est un peu gonflée, rouge, lisse ; à l'extrémité et sur les bords, surtout à gauche, on voit une série de points blanchâtres, opaques, du volume d'un grain de mil à un grain de blé, on n'y trouve ni saillie, ni induration, le frottement du linge n'enlève pas ces taches blanchâtres qui sont comme enchâssées dans la muqueuse et paraissent être des pustules affaissées. Ces lésions ont, du reste, disparu au bout de deux jours sans laisser de traces.

Aux membres supérieurs, le cercle pustuleux du bras droit s'est très légèrement agrandi. L'éruption érythémateuse s'est étendue aux deux avant-bras et à la partie postérieure des bras. Sur les parties atteintes les premières par l'érythème, l'on voit un semis de pustules miliaires, blanchâtres, irrégulières, tout à fait flasques, formant de petits groupes dont le centre commence déjà à se dessécher et à s'excorier.

L'éruption est confluente sur tout l'abdomen qui est couvert de squames et de croûtes minces, elle se limite à la partie inférieure de la poitrine par une bande large comme la main, rouge et criblée de pustules miliaires plus discrètes en haut, devenant confluentes vers le bas. Elles donnent à cette zone un aspect analogue à celui d'une éruption thapsique. Sur les cuisses la plaque génito-crurale ne s'est pas étendue et l'on n'y trouve plus de bordure pustuleuse. Dans les plis génito-cruraux la peau est toujours rouge foncé, laissant suinter un liquide excessivement fétide malgré tous les lavages antiseptiques, elle est lisse et ne présente ni ulcérations, ni saillies végétantes.

Le dos est dans sa moitié inférieure rouge violacé, excorié, avec quelques lambeaux d'épiderme décollé, mince et grisâtre ; dans sa moitié supérieure il est occupé par une éruption érythémateuse marbrée, criblée de pustules miliaires formant de petits groupes.

L'état général reste très mauvais, la faiblesse est extrême, la température peu élevée, malgré des frissons répétés ; il n'y a pas de dyspnée, pas de troubles intellectuels. L'appétit est nul, la diarrhée persiste, l'urine n'a pas pu être examinée de nouveau.

Le 21. T. 35°,4-36°. Le malade se sent mieux. Il n'a pas eu de frissons ni de sueurs. L'éruption s'est encore étendue sur les membres supérieurs, mais la pustulation est tellement affaissée que ce n'est qu'en plissant l'épiderme avec le doigt, qu'on s'aperçoit qu'il est détaché.

Le 22. T. A. 35°,6-36°,4. Le malade se sent soulagé à la suite du bain prolongé qu'il a pris hier. La diarrhée persiste et l'œdème des membres inférieurs diminue.

L'éruption pustuleuse paraît s'affaisser partout : on ne trouve guère plus de pustules que sur les parties latérales du tronc et sur la clavicule gauche où un nouveau cercle de pustules vient d'apparaître autour de la plaque éruptive qui paraissait éteinte. La face palmaire des deux mains et des doigts présente une éruption érythémateuse sans saillie ni infiltration, formée de taches lenticulaires, rouge clair, plus ou moins confluentes par places.

Le 23. T. A. 36°,6-37°. L'éruption est partout affaissée, mais le malade ne va pas mieux. Il est agité quoique extrêmement faible ; frissons répétés, diarrhée persistante.

Mort le 24 à 4 heures du matin.

Nécropsie, 12 heures après la mort.

L'éruption est partout affaissée au point qu'il est impossible de trouver des pustules pour l'examen microscopique. Desquamation sur les épaules, l'abdomen, la partie inférieure du thorax, la face externe des cuisses. Excoriations aux plis du coude, à la face interne des bras, sur tout le dos, à la face interne des cuisses, à la face interne des mollets. Marbrures légèrement ecchymotiques sur la paume des mains, le ventre, la face externe des cuisses, le cou, les épaules et toutes les parties déclives. Œdème des jambes ne dépassant pas les genoux.

Musculature bien conservée ainsi que l'embonpoint.

Le péritoine contient environ un litre de liquide clair à peine jaunâtre. L'intestin est pâle, la vessie vide.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve un épanchement de 200 ou 300 c. c. dans chaque plèvre.

Les deux *poumons* sont emphysémateux, leur partie inférieure et postérieure est modérément congestionnée, le tissu est crépitant, la coupe est lisse, violacée avec un léger suintement sanguinolent. Petite cicatrice au sommet droit.

Le *cœur* pèse 280 gr. Les oreillettes contiennent de volumineux caillots blancs et rouges. Pas d'athérome de l'aorte, mais quelques plaques calcaires sur la coronaire postérieure. Valvules aortiques suffisantes, larges et souples, un peu opaques avec quelques plaques pierreuses à leur insertion et une très petite végétation sur la face ventriculaire de la valvule droite. Valvule mitrale souple, un peu opaque avec un peu d'épaississement du bord libre et quelques concrétions pierreuses à l'insertion des valvules. Ventricule gauche de volume normal. Myocarde bien conservé. Rien à signaler dans le cœur droit.

Le *foie* pèse 2,000 gr. Il présente des lésions syphilitiques manifestes. Hypertrophie légère du lobe droit, atrophie marquée du lobe gauche. Sa surface est lisse, mais présente des cicatrices et des brides fibreuses prédominant au niveau du ligament suspenseur et qui ont déterminé une notable déformation de l'organe. Sur le bord droit du foie, à l'extrémité du ligament coronaire se trouve une gomme du volume d'une grosse noix entourée de brides cicatricielles rétractées et formée d'une épaisse capsule dure et fibreuse avec un centre jaunâtre, caséeux, dur et résistant. A l'extrémité du lobe gauche se trouve une gomme semblable avec deux autres gommes du volume d'une petite cerise, isolées, saillantes formées

d'une capsule fibreuse épaisse et d'une masse dure, jaune opaque qui se laisse énucléer.

La *rate* est volumineuse, elle pèse 400 gr. La capsule est épaissie, grisâtre, la pulpe est foncée, lie de vin, molle et friable. Les rameaux de l'artère splénique sont tout à fait calcifiés.

Reins volumineux. R. droit, 270 gr. R. gauche, 260 gr. Leur surface est pâle, lisse. La capsule est mince et se détache facilement. A la coupe, la substance médullaire est pâle ; la substance corticale est d'un blanc jaunâtre, elle présente un centimètre d'épaisseur et forme des colonnes de Bertin très épaisses.

Estomac de volume normal. Parois un peu épaissies, muqueuse notablement mamelonnée.

Pancréas très dur. Intestin pâle sans lésions de la muqueuse qui paraît cependant épaissie au niveau de la fin de l'iléon.

Crâne très épais. L'encéphale ne présente pas d'autre lésion que des plaques blanchâtres de la pie-mère, des deux côtés de la faux du cerveau, adhérentes à la dure-mère mais non au cerveau. Pas d'athérome de la basilaire ni des sylviennes.

La crosse de l'aorte n'est pas athéromateuse, mais l'aorte abdominale présente des plaques calcaires et toutes ses branches, surtout la mésentérique inférieure, les iliaques internes et externe sont absolument pierreuses et rigides.

Examen microscopique. — *Foie.* — L'examen a porté sur les parties du foie qui paraissaient normales à l'œil nu, vu qu'il était sans intérêt dans l'espèce d'étudier les grosses lésions, fibreuses ou gommeuses.

On trouve en grand nombre des amas de cellules embryonnaires assez bien limités, situés généralement à la périphérie d'un espace de Kiernan mais souvent aussi en plein lobule ; ces derniers sont plus petits et moins avancés dans leur évolution. Ces cellules embryonnaires dissocient les cellules hépatiques, les écartent, les atrophient et finissent par les faire disparaître ou au moins par les rendre méconnaissables. Dans les points où les lésions sont un peu plus avancées, il se forme un tissu de sclérose granuleux vaguement fibrillaire avec des noyaux mal colorés et au niveau des espaces de Kiernan des pseudo-canalicules biliaires. Cette sclérose pénètre entre les cellules hépatiques en les dissociant et les atrophiant, précédée ou non par une zone de cellules embryonnaires. Ce sont là évidemment des lésions syphilitiques.

Reins. — (Fixation par la bichromate, coloration par l'éosine hématoxylique). Les lésions rénales présentent une analogie frappante avec celles du foie. Il n'y a pas de lésions diffuses appréciables, mais on trouve dans le labyrinthe des foyers circonscrits d'infiltration embryonnaire aboutissant à une sclérose limitée.

Dans les foyers très petits ou au voisinage des foyers plus avancés, les cellules des tubes contournés sont moitié plus basses que normalement, elles sont comme aplaties, leur protoplasma est plus clair et moins granuleux que normalement, enfin leurs noyaux se colorent plus vivement.

Dans les foyers plus avancés, le tissu de sclérose reste encore assez riche en cellules, les tubes contournés sont étouffés, leur calibre diminue,

leurs cellules s'atrophient et disparaissent ou reviennent à l'état embryonnaire et finalement on ne reconnaît plus les tubes dans les foyers de sclérose un peu avancée.

Peau. — Il n'a pas été possible d'obtenir des fragments de peau portant des lésions récentes, c'est-à-dire des pustules isolées sur une peau saine. J'ai dû me contenter de régions où l'épiderme était soulevé en nappe ; quelques coupes m'ont montré cependant des pustules naissantes mais dans une peau déjà malade et antérieurement atteinte une première fois. Les pièces ont été durcies par l'alcool ou par le bichromate et colorées par le picro-carmin ou par l'éosine hématoxylique.

Le derme ne présente pas d'autre altération qu'une infiltration de cellules embryonnaires limitée au pourtour des vaisseaux sanguins. Les pelotons des glandes sudoripares sont également entourés d'un grand nombre de cellules embryonnaires, ce qui tient probablement à la présence de nombreux capillaires en ces points.

La couche papillaire du derme présente des cellules migratrices en grand nombre, répandues un peu partout mais surtout nombreuses autour des vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés à qui elles forment comme une gaine.

L'épiderme est profondément altéré. Dans son ensemble il est aminci et réduit à deux couches : le corps muqueux et la couche cornée, le stratum lucidum a disparu ainsi que le stratum granulosum, l'on ne trouve plus trace d'éléidine.

Le corps muqueux est très aminci, réduit en quelques points à une épaisseur de 2 ou 3 cellules, il semble presque à certains endroits que la couche cornée est en contact direct avec le derme. Les cellules sont troubles, leurs limites sont confuses, on y distingue à peine les dentelures, de sorte que les noyaux paraissent plongés dans une masse homogène. On y trouve un grand nombre de cellules migratrices, mais non pas autant que le disent du Mesnil et Marx, d'après qui l'infiltration serait telle qu'on ne distinguerait plus l'épiderme du derme.

A la surface de cette couche de Malpighi ainsi altérée se voient quelques cellules aplaties, dépourvues d'éléidine, qui servent de transition à une couche cornée dont les cellules lamelleuses ont conservé un mince noyau colorable. Sur certains fragments cette couche cornée est soulevée sur presque toute son étendue, sur d'autres elle est encore adhérente et seulement soulevée çà et là par des pustules récentes.

Les plus petites de ces pustules sont dues à un clivage dans l'épaisseur du corps muqueux, elles sont formées par une sorte de dissociation de ces cellules qui ne présentent aucune altération spéciale ; on ne voit notamment aucune trace d'altération cavitaire, ni dans les cellules qui forment le plancher de la pustule, ni dans celles moins nombreuses qui restent accolées à la voûte, ni dans celles qui sont à la limite du clivage. D'autres pustules, plus grandes, sont situées dans l'épaisseur de la couche cornée, soit qu'elles y soient nées d'emblée, soit que, formées comme les précédentes dans le corps muqueux, leur plancher se soit tapissé d'une couche cornée de nouvelle formation. Ces soulèvements épidermiques m'ont paru vides et je n'y ai pas vu de pus sur les coupes.

Du reste, je le répète, il ne s'agit plus de pustules bien nettes, nées sur une peau jusqu'alors saine, il ne s'agit peut-être que de clivages accidentels, de soulèvements épidermiques comme il peut s'en trouver à la surface de toute peau enflammée, surtout quand son revêtement épidermique est déjà altéré.

Examen bactériologique. — J'ai ensemencé des tubes de bouillon à l'agar ou à la gélatine avec du sang du doigt pris sur le vivant. La plupart des tubes sont restés stériles. Un seul a fourni quelques colonies de staphylococcus pyogenes albus, mais les circonstances de l'ensemencement ne me permettent pas de tirer de conclusions de ce seul fait.

La recherche microscopique des microbes dans le sang et les viscères a été infructueuse. Dans les fragments de peau colorés par la méthode de Gram-Weigert, j'ai trouvé la surface couverte d'une véritable nappe de microcoques qui m'ont paru être des staphylocoques par leur volume et leur disposition. Ces microbes n'arrivaient à la surface du corps muqueux que lorsque la couche cornée était largement soulevée, mais en aucun point je ne les ai vus pénétrer dans l'épaisseur du corps muqueux. Dans le derme ou dans ses vaisseaux il a été impossible d'en trouver un seul. Les soulèvements épidermiques ou pustules récentes situées dans le corps de Malpighi n'en contenaient pas non plus. Il semble donc bien que ces microcoques venaient de l'extérieur et ne jouaient qu'un rôle accessoire.

Avant de faire de l'impetigo herpetiformis une description d'ensemble je dois passer en revue un certain nombre d'observations qui ont été publiées sous ce titre ou considérées comme des cas de la maladie qui nous occupe. Je vais montrer qu'on ne peut les accepter comme telles et justifier leur élimination.

Auspitz (1) a publié en 1869 sous le nom d'*herpes vegetans*, deux cas que lui-même et la plupart des auteurs ont considérés plus tard comme appartenant au type morbide décrit en 1872 par Hebra.

Le 1er cas est celui d'une femme de 28 ans, qui vint le consulter en mai 1868, pour des lésions des ongles et de la paume des mains. Malgré l'absence de tout antécédent ou de toute autre manifestation syphylitique, Auspitz considéra ces lésions comme d'origine syphilitique. D'après sa description je serais beaucoup plus tenté de les considérer comme dues à de la trichophytie (2).

A ce moment la malade était enceinte de deux mois ; la grossesse évolua normalement jusqu'en novembre. Il apparut alors sur le ventre des plaques rouges accompagnées de sensation de prurit et de cuisson, suintantes et couvertes çà et là de vésicules. Le Dr G., médecin de la malade, considéra qu'il s'agissait d'un eczéma et fit faire des lotions savonneuses. Néanmoins les vésicules continuèrent à apparaître par

(1) Auspitz. Herpes vegetans. *Archiv. für Dermatologie*, 1869, 246.

(2) Cf. Arnozan et Dubreuilh. Trichophytie des mains et des ongles. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1892, nos 1 et 2.

groupes ; les vésicules se transformèrent en pustules ; les pustules très denses se couvrirent d'abord de croûtes et donnèrent enfin naissance à des végétations granuleuses formant des masses framboisées. En même temps survint de la fièvre, les bruits du cœur du fœtus ainsi que ses mouvements cessèrent et la malade mourut avec des symptômes d'œdème pulmonaire.

Il est évident que cette description est beaucoup trop succincte pour qu'on en puisse tirer aucune conclusion ferme, et cela d'autant plus qu'Auspitz n'a pas vu l'éruption qu'il décrit. Remarquons seulement que les végétations framboisées constituaient le trait le plus frappant de la maladie et que l'éruption avait débuté par des vésicules qui devinrent plus tard pustuleuses. Ces deux faits rapprochent cette observation de la suivante et l'éloignent de l'impétigo herpétiforme.

La malade qui fait l'objet de la 2e observation d'Auspitz a été vue et dessinée par lui dans le service de Hebra. Il s'agissait d'une femme de 26 ans, enceinte de 5 mois et malade depuis 14 jours. L'éruption qui avait débuté au bas-ventre et aux cuisses avait gagné le bras gauche et l'hypochondre droit, elle était formée de vésicules et de pustules du volume d'une tête d'épingle à une lentille, isolées ou formant des cercles ; on en trouvait de disséminées sur toute l'étendue des membres inférieurs ; dans les plis de l'aine et la face postérieure et interne des cuisses se trouvaient des plaques plus ou moins larges, rouge foncé, excoriées, suintantes ou couvertes de croûtes. Les démangeaisons étaient extrêmement vives et la fièvre modérée. Le dixième jour survinrent des convulsions éclamptiformes qui se répétèrent à plusieurs reprises. Vers le quinzième jour il cessa d'apparaître de nouvelles vésicules et les surfaces excoriées des aines se couvrirent de végétations papillomateuses suintantes de couleur brun rouge qui ne tardèrent pas à s'étendre au bas-ventre, aux cuisses et même aux jambes. Il survint à la paume des mains des nodules du volume d'un pois couverts d'épiderme en desquamation. Les surfaces excoriées et végétantes étaient extrêmement douloureuses. La malade mourut enfin le 27e jour de son entrée à l'hôpital après avoir accouché d'un fœtus macéré.

Dans ce cas l'éruption était donc formée de vésicules et de pustules dont la disposition en cercles est à peine indiquée ; le trait dominant était la production de plaques végétantes.

D'après la plupart des auteurs, ce cas serait un des cinq qui ont servi à la description de Hebra que nous reproduisions au début de cet article. Il est cependant permis d'en douter. En effet, il serait étrange que Hebra n'eût pas mentionné un phénomène aussi frappant que les végétations framboisées sur lesquelles insiste tant Auspitz et qui constituent le trait le plus saillant de l'observation, or Hebra n'en dit pas un mot. De plus, Hebra écrit : « Des cinq malades observées,

trois avaient accouché deux à cinq semaines avant leur entrée à l'hôpital, deux arrivèrent pendant le dernier mois de leur grossesse et accouchèrent sous nos yeux sans que l'éruption fût modifiée par l'accouchement. Chez les quatre malades qui sont mortes, l'autopsie ne fit pas découvrir d'une façon certaine la cause de la mort, notamment pas d'affection puerpérale ». Or la malade d'Auspitz est entrée à l'hôpital dans le sixième mois de sa grossesse et elle est morte 27 jours après et, à l'autopsie, on a trouvé une péritonite purulente, des abcès dans les ovaires et du pus dans les trompes de Fallope.

Ajoutons que ces deux observations d'Auspitz sont reproduites par Neumann (1) et par R. Crocker (2) comme des cas de pemphigus végétant. Or le pemphigus végétant, tel qu'il est décrit par ces deux auteurs, paraît avoir une individualité très nette et parfaitement distincte de l'impétigo herpétiforme. Tout au plus pourrait-on dire que les cas de Auspitz diffèrent légèrement du type par la circonstance de la grossesse, par la marche un peu plus rapide et par la moindre dimension des éléments éruptifs. Si l'on admet l'existence du pemphigus végétant comme entité morbide, il est incontestable que c'est à lui qu'on doit les rattacher.

Heitzmann (3) qui avait vu et dessiné les cas de Hebra a publié en 1878 un cas qu'il considère comme un fait hybride de nature à démontrer la parenté sinon l'identité du pemphigus et de l'impétigo herpétiforme.

La malade était âgée de 52 ans, elle avait eu plusieurs grossesses antérieures sans incident, mais n'était pas enceinte à ce moment. L'éruption avait commencé par la bouche. La muqueuse des lèvres, des gencives, des joues et de la langue était couverte de phlyctènes flasques dont la grandeur variait d'une tête d'épingle à une pièce de 10 centimes. Sous la fausse membrane grisâtre se trouvait une surface rouge et saignante, il y avait une salivation considérable et la douleur rendait la parole impossible. Au bout de quelques semaines l'éruption s'étendit à la peau au niveau du cou, des plis sous-mammaires et des aines, sous forme de plaques rouge foncé, excoriées et infiltrées. En plusieurs points, surtout sous les seins, ces plaques étaient bordées de petites pustules. Pas de fièvre, catarrhe des muqueuses nasale et conjonctivale.

L'éruption de la peau présentait, au dire de Heitzmann, tous les ca-

(1) J. Neumann. Ueber pemphigus vegetans. *Vierteljahresschrift für Dermatologie*, 1886.

(2) Radcliffe Crocker. Pemphigus vegetans. *Royal medical and chirurgical Society*, 12 mars 1889.

(3) C. Heitzmann. On the relation of impetigo herpetiformis to pemphigus., *American dermatological Association*, 4 septembre 1877. *Archives of dermatology* janvier 1878, p. 37.

ractères de l'impetigo herpetiformis, mais l'éruption buccale ne différait pas de celle du pemphigus.

Au bout de 2 mois, les lésions finirent par guérir laissant des plaques pigmentées, mais alors apparut une éruption de pemphigus généralisé et formé de grandes bulles. Cette éruption persista 4 mois jusqu'à la mort de la malade qui survint avec des symptômes de méningite.

Dans ce cas, les lésions de la bouche, dès le début, celles de la peau à la rechute, étaient exactement celles du pemphigus le plus typique ; les symptômes généraux sont à peine mentionnés, et la durée de la maladie (6 mois) est plutôt en rapport avec l'hypothèse d'un pemphigus.

Les lésions de la peau, au début, ont présenté quelque ressemblance avec celles de l'impetigo herpetiformis, on n'en saurait douter puisque Heitzmann l'affirme, lui qui a vu et dessiné au moins un des cas de Hebra, mais il ne le prouve pas. Il dit simplement qu'il y avait des plaques excoriées entourées de petites pustules, mais nous ne connaissons ni leur abondance ni leur volume, nous ne savons pas s'il s'agissait d'une série discontinue de pustules plus ou moins clairsemées ou de la bande érythémateuse criblée de pustules miliaires qui est si caractéristique de l'impetigo herpetiformis. Nous pensons donc que ce cas doit être rapporté au pemphigus dont il se rapproche par la plupart de ses caractères. C'est du reste l'opinion de M. Kaposi dans son mémoire de 1887. Il est vrai qu'il est moins catégorique dans la 3e édition de ses leçons.

Il en est de même du cas de Pataky (1) que M. Kaposi, dans le mémoire précité, considère comme un érythème polymorphe vésiculeux.

Le malade est un jeune homme de 18 ans, atteint d'une légère uréthrite, qui fut pris très brusquement de faiblesse, de douleurs intenses dans les membres inférieurs, suivies au bout de quelques heures par des frissons et de la chaleur. L'éruption est apparue trois ou quatre jours après, sans que la fièvre ait cessé. Au bout de trois jours, elle avait envahi presque toute la surface du corps, avec prédominance aux membres, surtout du côté de l'extension.

Elle était constituée par des efflorescences hémorrhagiques, de la grandeur d'une tête d'épingle à un haricot, entourées d'une zone hyperhémique, formant des groupes ou des cercles. L'épiderme est ramolli et soulevé par un liquide trouble et presque purulent. Au centre des pustules, on trouve des croûtes jaunâtres, de la grandeur d'une tête d'épingle et au-dessus, entourées d'une collerette formée par la partie périphérique et non desséchée des pustules. Des macules

(1) PATAKY. Impetigo herpetiformis (Hebra). *Wiener med. Blätter*, 1886, n° 20.

brun pâle sont disséminées sur tout le tronc. De chaque côté de la luette se trouve une pustule de la grandeur d'un pois. Les jours suivants, la fièvre persiste, très élevée, oscillant entre 39° et 40°,4 ; le malade est tellement faible qu'il ne peut même pas tenir son verre ; toutes les articulations des membres sont le siège de vives douleurs, et parfois de gonflement qui changent de place et prédominent tantôt dans une jointure, tantôt dans une autre, se déplaçant du jour au lendemain, à la façon des arthrites rhumatismales. La constipation persiste toute la durée de la maladie. Il se fait de nouvelles poussées éruptives surtout aux membres du côté de l'extension, sous forme de taches érythémateuses, de papules rouges ou de pustules à centre déprimé et se desséchant en croûtes. Pendant un mois, il se fit des séries de petites poussées éruptives disséminées et rapidement guéries, et tout ce temps, il y eut des douleurs articulaires très vives, mais mobiles et intermittentes ; les selles étaient molles, mais très rares, espacées par des intervalles de plusieurs jours. La fièvre fut le dernier symptôme qui persista. Enfin, le malade sortit guéri au bout de deux mois.

Les cercles et groupes pustuleux sont à peine mentionnés dans cette observation, ils n'avaient pas de marche extensive, l'éruption était essentiellement disséminée et polymorphe. Les symptômes prédominants étaient la fièvre et les douleurs articulaires ; la fièvre était en rapport, non avec l'éruption qu'elle a précédée et à laquelle elle a survécu, mais avec les douleurs articulaires. Nous croyons donc devoir éliminer ce cas et le considérer comme un érythème polymorphe avec des vésicules contenant un liquide trouble.

La malade de Schwarz (1) est une veuve de 46 ans qui a eu deux grossesses sans incident et qui est actuellement bien réglée. L'éruption a débuté sur la muqueuse de la langue, de la bouche et de la gorge par des pustules, elle se prolonge sur les lèvres par des croûtes brunes sous lesquelles la muqueuse est excoriée. Pendant six semaines, l'éruption reste cantonnée dans la bouche, elle cause des douleurs tellement vives que l'alimentation est impossible et qu'il faut nourrir la malade par le rectum ; la température oscillait de 38° à 38°,5. Au bout de ce temps, apparaissent des frissons qui font penser à la pyohémie ; il apparaît sur le sein droit un groupe de pustules qui siégeaient sur une base hémorrhagique, et dès le lendemain étaient couvertes de croûtes. Pendant huit jours, il se fait une série de poussées éruptives (pustuleuses ?) sur le tronc et les membres, puis l'éruption n'est plus constituée que par de grandes bulles disséminées, à contenu séro-purulent ; la malade meurt d'inanition une semaine après.

Il est impossible de considérer ce cas autrement que comme un

(1) SCHWARZ. Impetigo herpetiformis. *Wiener med. Blätter*, 1886, n° 22.

pemphigus. L'éruption buccale n'offre aucun caractère bien net qui permette de l'attribuer sans hésitation à l'une ou l'autre maladie, mais en tout cas sa durée, la douleur qu'elle détermine, la rapprochent du pemphigus ; les phénomènes généraux et la terminaison fatale sont évidemment dus à l'inanition. L'éruption pustuleuse n'a duré qu'une semaine, et l'observation originale, très succincte d'ailleurs, ne mentionne aucun des caractères spéciaux de l'impetigo herpetiformis.

Le cas de Boardman (1) n'a rien de commun avec l'impetigo herpetiformis. Il s'agit d'une éruption médicamenteuse due soit à l'iodoforme, soit plutôt au sublimé.

Le cas de Sherwell (2) a été presque intégralement traduit par M. Wickham dans les *Annales de dermatologie*, 1889, p. 334, je puis donc y renvoyer le lecteur. On y trouve plusieurs points de réelle analogie avec la maladie qui nous occupe. La malade était enceinte, elle avait déjà eu une éruption analogue pendant une grossesse antérieure, il y avait bien des cercles érythémato-pustuleux à extension centrifuge, mais l'état général paraissait être bien plutôt celui d'une femme nerveuse exaspérée par le prurit et l'insomnie que la fièvre et la prostration des malades atteints d'impétigo herpétiforme; la violence du prurit, les poussées successives font bien plutôt penser à l'herpes gestationis à forme pustuleuse. Ajoutons que l'ensemble de l'éruption ressemblait certainement à la gale, car l'auteur le dit expressément et il se fonde principalement pour éliminer cette hypothèse sur l'absence de contagion transmise (ce qui n'est pas noté par le traducteur précité). Or l'herpes gestationis avec ses cercles discontinus de vésicules ou de pustules plus ou moins espacées, est bien plus susceptible de rappeler la gale que l'impétigo herpétiforme avec ses bandes de pustules miliaires denses et serrées. Nous pouvons donc admettre que suivant toute vraisemblance, il s'agit ici d'un cas de dermatite herpétiforme de la grossesse plutôt que d'un impétigo herpétiforme, d'autant que pour l'auteur les deux maladies seraient identiques.

Nous trouvons encore sous le nom d'impetigo herpetiformis, une observation de Zeisler, de Chicago (3), qui a été présentée au Congrès médical international de Washington, en 1887. La malade, âgée de 28 ans, n'était pas enceinte. L'éruption avait débuté par la bouche et était restée trois mois cantonnée dans les muqueuses buccale et

(1) W. E. Boardman. Case of impetigo herpetiformis. *Boston medical and Surgical Journal*, 2 octobre 1884. Analysé par Brocq. Dermatite herpétiforme de Duhring. *Annales de dermatologie*, 1888, p. 17.

(2) Sherwell. A case of impetigo herpetiformis. *Journal of Cutan. and Genito-ur. diseases*, 1889, 456.

(3) Josef Zeisler. Zur Kenntniss der Impetigo herpetiformis. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1887, p. 950.

nasale, en s'accompagnant de douleurs extrêmement vives; la muqueuse était couverte de plaques à contours bien limités, serpigineux, entourées d'une bordure rouge, dépouillées de leur épithélium, et paraissant comme brûlées. Les lèvres étaient couvertes de croûtes. Quand Zeisler vit la malade à la fin de janvier, trois mois et demi après le début, l'éruption venait de prendre plus d'extension. Le cuir chevelu présentait de grandes plaques couvertes de croûtes, à contours serpigineux, entourées d'une bordure rouge, gonflée et couverte de pustules miliaires. La région génito-crurale est d'un rouge foncé, abondamment suintante, couverte de végétations saillantes offrant la plus grande ressemblance avec des condylomes plats. Ces plaques s'étendent par des pustules miliaires se produisant à leur périphérie. Les ongles de l'index et du gros orteil droits sont soulevés, décollés par une inflammation très vive qui occupe le lit de l'ongle et tout son pourtour. Les jours suivants, l'éruption atteint les autres ongles des orteils qui sont entourés de pustules miliaires et plusieurs ongles des doigts dont la couleur est altérée par une exsudation qui s'est faite sous eux. En février, la maladie ne fait que s'aggraver, les lésions pustuleuses s'étendent sur les mains, les pieds, autour des aines. Mais bientôt l'éruption change de caractère, les pustules miliaires sont remplacées par de grandes bulles atteignant le volume d'une noix, remplies d'un liquide trouble, au-dessous se trouve le corps muqueux rouge sombre tapissé d'un enduit épais, grisâtre, tenace, se laissant enlever en grands lambeaux. Ces surfaces excoriées se couvrent très rapidement de végétations saillantes, sauf quelques parties qui se recouvrent d'épiderme; il ne s'est jamais fait d'ulcération. C'est ainsi que l'éruption s'étend aux aisselles, aux plis sous-mammaires, au voisinage de l'ombilic, aux coudes. Par la suite, la malade devint de plus en plus faible, le pouls de plus en plus rapide et petit. L'éruption paraissait parfois se calmer pour reprendre de nouveau par une éruption abondante de bulles qui était toujours annoncée par une élévation de température et par l'apparition d'une bordure érythémateuse autour des anciennes plaques. La malade finit par mourir de péritonite aiguë au commencement d'avril.

La maladie avait duré six mois et pendant ce temps, rien, pas même la cocaïne à 5 0/0 n'avait pu calmer la douleur des lèvres.

Dans cette observation un seul fait rappelle l'impétigo herpétiforme, c'est la bordure de pustules miliaires qui entourait au début les plaques éruptives de la peau, et encore cette forme éruptive n'a-t-elle duré que six semaines pour être remplacée par de grandes bulles qui sont un symptôme exceptionnel dans l'impétigo herpétiforme. Par tous les autres caractères, ce fait se rattache au pemphigus vegetans. Le début par la bouche, l'abondance et la ténacité de l'éruption buccale et nasale, la douleur intense et rebelle des lèvres et de la bouche,

l'éruption si abondante du cuir chevelu et des aisselles, les lésions des ongles, la longue durée de la maladie, enfin l'abondance des végétations d'aspect syphilitique succédant immédiatement à de grandes bulles sans marche extensive, sont autant de symptômes majeurs qui appartiennent au pemphigus végétant. Ce cas est tout à fait semblable à ceux qui sont rapportés par Neumann et par Crocker dans les mémoires précités et l'on ne saurait le rattacher à l'impetigo herpetiformis sans verser dans le cadre de cette maladie le pemphigus végétant tout entier, dont l'observation de Zeisler est un exemple tout à fait typique, à part une période de six semaines pendant laquelle seul le diagnostic aurait pu être hésitant. Dans un travail où je cherche à définir clairement ce qu'on doit entendre par impetigo herpetiformis il n'est pas possible de faire entrer en ligne de compte des observations qui appartiennent manifestement à une maladie différente et généralement acceptée comme distincte.

DESCRIPTION

Notre description d'ensemble de l'impetigo herpetiformis sera basée sur les dix observations qui précèdent en la complétant sur quelques points d'après le mémoire de M. Kaposi.

L'éruption est constituée par des pustules qui dès leur apparition contiennent généralement un pus assez épais, blanc ou jaunâtre. Leur volume varie d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, rarement elles atteignent les dimensions d'une lentille ; elles sont très superficielles et recouvertes d'une membrane d'épiderme corné très mince.

Elles apparaissent sous forme de groupes qui débutent par une, deux ou plusieurs pustules très petites, mais la multiplication rapide des pustules, fait qu'en quelques heures ou quelques jours les groupes acquièrent un diamètre de 1, 2, 3 centimètres. Ces groupes sont généralement arrondis ou ovalaires, formés de pustules très rapprochées mais distinctes et siègent sur une peau rouge, enflammée, peu ou pas infiltrée. L'érythème accompagne toujours l'éruption pustuleuse, il peut la précéder d'un ou deux jours, et, le groupe une fois constitué, il peut offrir les mêmes limites que lui, ou former autour de lui une auréole, sorte de zone d'attaque.

Dès que le groupe pustuleux a acquis une certaine étendue, souvent dès qu'il a le volume d'une lentille, le centre se dessèche en formant une croûte mince, entourée d'un anneau pustuleux. La lésion ainsi constituée continue à grandir. Le cercle pustuleux s'étend excentriquement en restant assez régulièrement circulaire tant qu'il est isolé. Il forme une bande de 1 à 3 centimètres de large, ou même plus (obs. X), rouge vif ou foncé, quelquefois un peu infiltrée et couverte de pustules ayant en moyenne le volume d'un grain de mil. Ces pustules

blanches ou jaunâtres, arrondies ou un peu irrégulières, sont extrêmement rapprochées, mais distinctes, elles forment une rangée multiple qui est mentionnée dans toutes les observations ; ce n'est pas une série de rangées distinctes formant des anneaux concentriques, c'est une zone criblée de petites pustules. Vers la périphérie les pustules sont moins serrées, elles peuvent s'égréner à un ou plusieurs centimètres de distance et être encore dépassées par l'érythème. Vers le centre elles deviennent confluentes, plutôt par multiplication que par extension des pustules individuelles, de sorte que la mince lame épidermique, soulevée en totalité, se déchire.

Immédiatement en dedans du cercle pustuleux on trouve souvent une étroite zone où la peau est rouge, excoriée et suintante. La partie centrale est couverte de croûtes minces, lamelleuses, dont la couleur varie du jaune verdâtre au brun plus ou moins foncé, et sous lesquelles on trouve la peau enflammée, le corps muqueux mis à nu. Un peu plus tard les croûtes tombent, la peau d'un rouge foncé, brunâtre ou livide, se recouvre d'un épiderme mince mais sec, qui souvent s'exfolie en grandes squames.

Dans certaines circonstances les croûtes ne se forment pas. L'aire du cercle éruptif est occupée par une peau excoriée, rouge foncé, suintante et douloureuse. Dans les plis où la peau est adossée à elle-même, c'est-à-dire dans les aines, la face interne des cuisses, le périnée, les plis sous-mammaires, plus rarement dans les creux poplités, les plis du coude, la partie antérieure du cou, les aisselles, le pli transversal de l'abdomen, la peau excoriée et enflammée se recouvre d'un enduit pulpeux, grisâtre, d'une horrible fétidité et rappelant l'odeur des condylomes plats macérés.

L'étendue des plaques éruptives est très variable, elles peuvent devenir grandes comme les deux mains, mais alors elles arrivent généralement à confluer, formant de vastes surfaces suintantes ou couvertes de croûtes ou de squames entourées d'une bordure pustuleuse à grandes arcades, vestiges des cercles primitifs (1). D'autres fois les cercles beaucoup plus nombreux restent plus petits, le corps est criblé de petites plaques de un à quatre ou cinq centimètres (2). Quelquefois ces petites plaques très nombreuses dans une même région, se confondent par leurs zones d'égrènement périphérique et l'on voit de vastes surfaces criblées de petites pustules, parsemées de croûtes qui sont autant de centres éruptifs mais autour desquelles on reconnaît à peine la disposition en cercles (3). Dans la plupart des cas les deux formes se rencontrent. Il y a de grandes plaques dans les sièges de prédilection de la maladie, région génito-crurale, ventre, seins, tandis

(1) Cf. Kaposi. *Loc. cit.* Planches VIII et X.
(2) Cf. Kaposi. *Loc. cit.* Planche IX, et Maret, *loc. cit.* Photographie.
(3) Cf. Kaposi. *Loc. cit.* Planche VI.

que sur les membres sont disséminés des cercles de moindre dimension.

Les foyers pustuleux primitifs peuvent être au début linéaires et non arrondis dans le cas où ils naissent autour d'une écorchure de grattage. Ce fait est signalé dans les observations II, VII et VIII. Il est très net dans la planche VI de Kaposi relative à l'obs. VII. On voit alors l'écorchure bordée de chaque côté d'une série de pustules serrées comme une rangée de perles. Il semble que les ongles aient fait une véritable auto-inoculation. Cependant ces inoculations faites expérimentalement par Du Mesnil et Marx n'ont donné que des résultats négatifs ; il s'est produit une seule pustule sans extension centrifuge. Les pustules peuvent parfois paraître disséminées dans le cas où l'éruption débute dans une région par un grand nombre de pustules isolées qui dès le lendemain formeront autant de petits groupes. D'autres fois le même aspect est provoqué par la confluence des zones d'éparpillement périphérique de plusieurs plaques voisines.

Dans chacun de ces modes éruptifs il peut se former de vastes plaques qui laissent excoriées des surfaces considérables, voire la plus grande partie du tégument. On trouve alors çà et là des espaces restreints de peau saine autour desquels on reconnaît encore les caractères principaux de l'éruption, en ce qu'ils sont séparés de la surface malade par des bandes pustuleuses.

En général, les pustules quoique très superficielles sont saillantes, bien tendues et arrondies, il peut cependant arriver qu'elles soient plus ou moins flasques. Dans l'observation X on voit les pustules devenir de plus en plus flasques, perdre leur forme arrondie pour ne plus constituer à la fin que de simples décollements de l'épiderme, de forme irrégulière, sous lesquels le corps muqueux est simplement humecté de pus, mais ces lésions restaient toujours de petite dimension et très serrées, ne formaient jamais rien de comparable à ces vastes décollements qu'on voit dans le pemphigus ancien et grave. Dans quelques cas cependant on voit les pustules prendre un plus grand développement, ainsi dans l'observation IX il y en avait du volume d'une lentille. Dans l'observation III, la plante des pieds était le siège de larges phlyctènes purulentes.

Dans toutes les observations le caractère franchement pustuleux des lésions est nettement affirmé et c'est un point sur lequel Kaposi insiste beaucoup. Cependant, dans l'observation I, la nature pustuleuse des lésions du début n'est pas clairement indiquée et à la fin, pendant peu de temps l'éruption fut formée de petites vésicules contenant un liquide clair et de grandes bulles à contenu jaunâtre.

L'éruption n'atteint pas seulement la peau, elle peut aussi s'étendre aux muqueuses, et particulièrement à la bouche (obs. V, VIII, IX, X). Dans les cas légers (obs. X), tout se borne à quelques érosions

très passagères. D'autres fois, comme dans l'observation IX, la muqueuse des lèvres, des joues, de la langue, de la gorge est couverte de plaques irrégulières tapissées d'un enduit grisâtre, la mastication est douloureuse, l'haleine est fétide. Il est remarquable que chez la malade qui est l'objet de cette observation, trois atteintes successives d'impetigo herpetiformis se sont toutes trois accompagnées de lésions buccales très marquées.

Sur les lèvres l'éruption forme des croûtes noirâtres sous lesquelles on trouve la muqueuse excoriée et saignante, les commissures présentent des rhagades profondes. On observe souvent sur les paupières des lésions plutôt croûteuses que pustuleuses. Dans un cas (obs. VIII) il y a de la conjonctivite mais sans pustules sur la conjonctive. La muqueuse vulvaire et même vaginale est souvent plus ou moins envahie. Enfin dans un cas (obs. VII) on a constaté des ulcérations de l'œsophage dues évidemment à une éruption analogue à celle de la peau. C'étaient des ulcérations à bords nets, entourées d'une auréole rouge, superficielles, recouvertes encore parfois de débris d'épithélium desquamé, les unes très petites, de la grandeur d'une tête d'épingle à une lentille, les autres longues de plusieurs centimètres, allongées, étroites, longitudinales et situées au sommet des plis de la muqueuse.

Étant donnée l'extrême généralisation de l'éruption, il n'est pas étonnant que les ongles puissent être atteints, et, en effet, dans plusieurs cas ils ont été atteints plus ou moins profondément (obs. II, III, IX). Tantôt ce sont des pustules situées à la racine des ongles, affectant plus ou moins la forme de tournioles et déterminant leur décollement et leur chute, tantôt on trouve simplement noté que, à la suite de la maladie, les ongles sont devenus ternes, friables, inégaux. De même que les ongles les cheveux peuvent aussi tomber (obs. I, III) sans que l'éruption pustuleuse ait été particulièrement abondante au cuir chevelu.

Les lésions éruptives peuvent guérir soit dans le cours même de la maladie alors que l'éruption continue en d'autres points du corps, soit quand la maladie guérit en totalité. On voit alors la bordure pustuleuse s'affaisser, puis les croûtes tombent laissant à nu un épiderme mince mais sec ; elles sont remplacées par de larges squames qui peuvent se renouveler un nombre plus ou moins grand de fois, pendant fort longtemps dans l'observation I. Enfin la peau cesse de desquamer mais conserve une couleur rouge foncé ou brunâtre qui peut persister assez longtemps comme dans le cas de Du Mesnil (obs. IX) où elle durait encore lors de la récidive.

En tous cas, de même qu'il n'y a jamais d'ulcération au cours de l'éruption, il n'y a jamais eu de cicatrice après la guérison.

La plupart des auteurs donnent comme un phénomène fréquent la production de végétations saillantes sur les surfaces excoriées par

l'éruption pustuleuse. Cette opinion est surtout fondée sur les cas d'Auspitz dont le classement dans l'impetigo herpetiformis a donné lieu à des confusions regrettables. J'ai montré que les cas d'Auspitz n'ont rien de commun avec la maladie que j'étudie et une fois cette élimination faite, il ne reste qu'un seul cas où elles aient été constatées, celui de Du Mesnil (obs. IX). Chez sa malade il s'est développé à la 1re et à la 3e atteinte (la 2e n'a pas été vue par lui), des végétations papillomateuses saillantes, assez limitées, dans le pli du coude, dans la bouche, à l'ombilic et au voisinage de l'anus ; les plus volumineuses siégeant à l'ombilic et à l'anus, avaient le volume d'une cerise et d'un œuf de pigeon. Cette comparaison, de même que le fait que les deux papillomes placés de chaque côté de l'anus étaient aplatis entre les fesses, montrent qu'ils étaient très saillants. De plus l'auteur parle tout le temps de végétations papillaires, verruqueuses (papilläre, drüsige Excrescenzen) et les compare à des condylomes acuminés, c'est-à-dire à des crêtes de coq, tandis que Neumann compare les végétations du pemphigus végétant à des condylomes plats, c'est-à-dire à des plaques muqueuses. Ces végétations verruqueuses se sont résorbées quand la malade a guéri, à l'exception des papillomes de l'anus qui durent être excisés.

Parmi les éruptions accessoires de l'impétigo herpétiforme signalons l'érythème qui apparaît souvent çà et là sous forme de taches plus ou moins étendues formant parfois de larges surfaces marbrées (obs. X) ou couvrant tout le corps d'une seule nappe (obs. V). Cet érythème peut être fugace et disparaître dès le lendemain ou bien n'être que le prélude d'une poussée pustuleuse.

Il en est de même de l'urticaire signalée dans les observations VII et IX ; elle est généralement assez étendue, très prurigineuse et passagère, elle disparaît sans laisser de traces (obs. VII), ou bien dès le lendemain les élevures urticariennes se couvrent de pustules (obs. IX).

Un fait très singulier est celui qui s'est présenté dans l'observation VI. L'impétigo herpétiforme avait été en somme assez bénin, il était guéri au bout d'un mois, mais aussitôt après chaque placard d'impétigo se tranforma en un placard de psoriasis typique qui a guéri assez facilement par la pommade à l'acide pyrogallique.

L'éruption débute par le bas-ventre, par la région génito-crurale ou par les seins et c'est dans ces régions que s'observent les plaques les plus vastes et que les lésions sont les plus tenaces. Du reste, une fois l'éruption commencée, aucune partie du corps n'est respectée, elle peut atteindre aussi bien les membres que le tronc, le côté de l'extension aussi bien que le côté de la flexion ; elle peut s'étendre à la paume des mains où à la plante des pieds aussi bien qu'à leur face dorsale; elle peut enfin affecter la face et le cuir chevelu. Mais d'une façon générale, l'éruption devient moins abondante vers les extrémités et conserve toujours une certaine prédilection pour le tronc.

L'éruption n'est pas continue, elle se fait par poussées successives durant un ou plusieurs jours, coïncidant avec des aggravations de l'état général et séparées par des rémissions où les lésions restent stationnaires et peuvent même rétrocéder. Les poussées éruptives se font par formation de nouveaux foyers ou par l'apparition d'une nouvelle bordure pustuleuse autour des plaques encore persistantes. Les rémissions sont caractérisées par l'affaissement des pustules, la partie centrale restant excoriée ou croûteuse. Quelquefois l'affaissement se produisant sur certains points seulement rend la bordure discontinue.

Les sensations subjectives sont généralement peu prononcées. Plusieurs observations n'en font aucune mention. Dans l'observation IX, 1re partie, l'absence de démangeaisons est spécialement notée ; dans l'obs. X, le malade n'éprouvait qu'une très légère démangeaison au niveau des parties squameuses, c'est-à-dire en voie de guérison. Dans les observations II, VII et VIII, le prurit existait plus ou moins violent ainsi qu'en témoignaient les écorchures de grattage couvertes ultérieurement de pustules.

L'impetigo herpetiformis s'accompagne toujours d'une altération plus ou moins profonde de l'état général. Elle ne s'établit pas toujours d'emblée, car c'est souvent l'éruption qui commence et dure quelques jours ou quelques semaines avant l'apparition de la fièvre. En tout cas la fièvre n'a manqué dans aucune des observations, elle est généralement modérée et ne dépasse guère 39°, dans un cas seulement (obs. V), elle a atteint 41° ; elle est intermittente, irrégulière, avec des rémissions qui durent souvent plusieurs jours. Chaque poussée fébrile est précédée d'un frisson bien marqué durant de quelques minutes à quelques heures, et qui peut, comme les accès de fièvre, se reproduire tous les jours. La température est généralement plus élevée le soir, mais l'inverse peut aussi s'observer par moments. En général, les accès de fièvre coïncident avec des poussés éruptives.

Cette fièvre s'accompagne d'une altération profonde de l'état général. Le malade est très abattu, la prostration peut aller jusqu'à un véritable coma (obs. VII), l'anorexie est absolue, la soif souvent vive ; la langue est chargée, même sèche et fendillée. L'on observe du délire et des phénomènes nerveux très divers, des convulsions, des contractures, de la raideur de la nuque (obs. II), des douleurs dans les masses musculaires (obs. III), des fourmillements dans les extrémités, du nystagmus (obs. IX), des douleurs fulgurantes dans les jambes (obs. IX), des parésies localisées (obs. II), de l'incontinence des matières fécales et des urines tenant peut-être plus à la prostration qu'à des lésions du système nerveux. Dans l'observation VII on trouve signalés d'autres troubles nerveux, mais on ne peut avec certitude les attribuer à l'impetigo herpetiformis puisque l'autopsie a révélé une syringomyélie. Enfin le malade meurt généralement dans le collapsus.

Du côté de l'appareil digestif le phénomène le plus fréquent est la diarrhée, elle est à peu près constante et à part quelques courtes périodes de constipation on la trouve mentionnée dans presque toutes les observations. De plus, elle est souvent sanglante. Le fait est mentionné dans les observations I, VIII et IX ; dans les autres cas la nature de la diarrhée n'est pas mentionnée.

Les vomissements sont aussi assez fréquents, généralement bilieux, il apparaissent le plus souvent à une période tardive et peuvent même contenir du sang (obs. II).

L'albuminurie est presque constante, non pas au début où elle manque souvent, mais elle apparaît au cours de la maladie, elle est généralement médiocre et n'est bien accusée que dans les cas où elle est liée à des lésions des reins constatées à l'autopsie (obs. II et X). Pour les autres modifications de l'urine, ce sont des constatations isolées pour lesquelles je ne puis que renvoyer aux observations.

PRONOSTIC

L'impetigo herpetiformis a une durée assez variable. Elle peut varier de deux semaines (obs. X) à cinq mois (obs. I et VIII). Pendant ce temps, la marche n'est nullement continue, et il y a des séries de périodes d'aggravation et de rémission dont la durée et le retour échappent à toute règle. Les cas mortels donnent une durée moyenne de trois à quatre semaines, les cas suivis de guérison fournissent une durée moyenne de trois mois et demi.

Le pronostic est toujours grave, quoique moins fatal qu'on ne l'a dit. Dans le tableau suivant sont réunis tous les cas d'impetigo herpetiformis que j'ai pu relever d'après les observations que je rapporte et le tableau que donne M. Kaposi dans son mémoire avec les commentaires dont il le fait suivre. Ce relevé porte les cas et non les malades, de sorte que le même individu peut y figurer deux ou trois fois, suivant le nombre des atteintes successives. Il se peut que certaines des malades qui y figurent comme définitivement guéries, soient mortes d'une récidive qui ne nous est pas connue. On y voit que sur 24 cas, il y en a 11 terminés par la guérison, et 13 par la mort, et qu'en définitive, sur 17 malades suivis plus ou moins longtemps, il y a eu 13 morts.

TABLEAU I

		Guérisons	MORTS
1 à 4	Hebra père..		4
5	— et Geber........... Obs. I.... 1871.	1	
6	Kaposi....................... — II... 1877.		1
7	Kaposi....................... — III.. 1878.	1	
	— Hans Hebra....................... ? .		1
8	Kaposi....................... — IV.. 1880.	1	
	— .... 1881.		1
9	Kaposi....................... (K. R.)... 1879.	1	
	— .... 1880.	1	
	— .... 1881.		1
10	Kaposi.. 1881.		1
11	Kaposi.. 1883.		1
12	Kaposi........................ Obs. VII. 1884.		1
13	Kaposi........................ — V. . 1888.		1
14	Kaposi........................ — VI . 1889.	1	
15	Maret........................ — VIII 1868.	1	
	— .... 1887.	1	
16	Du Mesnil.................... — IX. 1888.	1	
	— .... 1889.	1	
	— .... 1890.	1	
17	Dubreuilh.................... Obs. X. 1891.		1
		11	13

Aucun *traitement* ne paraît avoir modifié ce pronostic si grave et du reste, dans toutes les observations, on voit que le traitement a été purement symptomatique et qu'il variait d'un jour à l'autre, à chaque nouvelle complication. Une seule chose a eu quelque influence, le bain permanent : tous les malades soumis à ce traitement ont été soulagés, et le bain paraît avoir beaucoup contribué à la guérison de ceux qui ont pu se sauver.

L'impetigo herpetiformis débute généralement au cours de la grossesse, à une époque très variable ; l'accouchement est généralement prématuré ; après l'accouchement, la maladie peut se terminer par la mort ou par la guérison, mais chez des femmes enceintes, la maladie ne se termine jamais avant l'accouchement, quelle qu'en soit du reste l'issue.

Tous ces faits sont réunis dans le tableau suivant qui réunit les époques de début de la maladie et de l'accouchement par rapport à la grossesse et l'époque de la guérison ou de la mort, par rapport à l'accouchement.

TABLEAU II

OBSERVATIONS	ÉPOQUE DE LA GROSSESSE		APRÈS L'ACCOUCHEMENT	
	DÉBUT DE L'ÉRUPTION	ACCOUCHEMENT	GUÉRISON	MORT
OBS. I	6e mois.	9e mois.	3 mois	
— II	8e id.	8e id.		3 semaines.
— III	5e id.	7e id.	1 mois	
— IV	9e id.	9e id.	3 semaines.	
— V	5e id.	6e id.		9 jours.
— VI	9e id.	9e id.		1 semaine
— VIII 1re atteinte	5e id.	9e id.	2 mois	
2e atteinte	6e id.	8e id.	3 mois	
— IX.. 1re att. pas de grosses.				
2e atteinte	1er id.	7e id.	? (1)	
3e atteinte	1er id.	8e id.	1 mois	

(1) L'observation porte « très peu de temps ».

L'enfant né d'une femme atteinte d'impétigo herpétiforme meurt d'habitude au bout de peu de jours ou de peu de mois, même lorsque l'accouchement s'est fait à terme. Dans la plupart des observations, il est nettement spécifié que l'enfant ne présentait aucune éruption. Dans un seul cas (obs. IX), l'enfant présentait en venant au monde, une éruption un peu analogue à celle de la mère. On trouvait sur le dos de la main droite de l'enfant une plaque rouge vif, saillante, avec une pustule lenticulaire ; à la racine de chaque main, au menton et à chaque joue se trouvaient des pustules à contenu laiteux entourées d'une auréole rouge. Les jours suivants l'enfant présenta une série de foyers bulleux ou pustuleux dans la bouche et en différents points du corps et de la tête. L'éruption se faisait sous forme de lésions disséminées, il n'y avait ni groupement, ni extension centrifuge des lésions. Il finit du reste pas en guérir de même que sa mère.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions qu'on trouve à l'autopsie n'ont généralement rien de bien spécial, en tout cas, il n'en est aucune de constante et il est certains cas où aucune des altérations ne justifie la mort.

On trouve des lésions de néphrite (obs. II), de l'endométrite purulente et de la septicémie (obs. IV), des lésions tuberculeuses des poumons et de l'intestin (obs. V), une péritonite tuberculeuse et de la syringomyélie (obs. VII). Dans l'obs. X, il y avait des lésions syphi-

litiques du foie et des reins, mais qui n'étaient pas assez avancées pour expliquer la mort; il en est de même des quatre cas mortels observés par Hebra, dans aucun d'entre eux l'autopsie n'a montré de lésion justifiant la terminaison fatale.

En résumé, nous ignorons pourquoi cette maladie est si grave, les lésions trouvées à l'autopsie sont trop variables et trop inconstantes, pour être considérées comme appartenant à la maladie qui nous occupe.

Les lésions histologiques de la peau ont été étudiées avec le plus grand soin par Du Mesnil et Marx. Leurs recherches, faites sur des pustules choisies et excisées sur le vif, sont plus concluantes que les miennes qui n'ont été faites que sur des fragments enlevés sur le cadavre, dans des régions où la peau ne présentait que des pustules flasques et mal développées.

Dans toute la zone érythémateuse sous-jacente aux pustules, on trouve les vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés, leur endothélium est gonflé et ils sont entourés de cellules embryonnaires. Cette infiltration de cellules embryonnaires, quoique plus marquée autour des vaisseaux, est assez diffuse. Elle est surtout localisée dans les couches superficielles du derme et acquiert une abondance toute spéciale à la base des pustules. Les prolongements interpapillaires du derme sont plus larges et plus longs que normalement. Sous les pustules et dans le corps papillaire l'infiltration est si prononcée qu'on ne distingue plus la structure du derme, les cellules remplissent même le corps muqueux de l'épiderme au point de masquer la limite entre le derme et l'épiderme. Les cellules migratrices qui ont traversé le corps muqueux soulèvent la couche cornée en s'accumulant au-dessous d'elle, et ainsi s'explique que le pus soit assez épais, plus riche en éléments cellulaires qu'en sérosité.

Dans les petites pustules, le clivage se fait au point où les cellules du corps muqueux s'aplatissent horizontalement; dans les plus grandes pustules, le clivage se fait un peu plus bas, de sorte que le plancher de la pustule n'est guère formé que par la couche des cellules cylindriques.

Il n'y a pas d'altération spéciale des glandes de la peau, tout au plus, peut-on remarquer une certaine dilatation des espaces lymphatiques au voisinage des glomérules sudoripares. Dans mon cas, l'infiltration embryonnaire était beaucoup moins prononcée, tant dans le derme que dans l'épiderme, elle prédominait manifestement autour des vaisseaux leur formant une sorte de gaine, enfin elle était assez accusée autour des glomérules sudoripares, probablement à cause de la plus grande vascularisation de ces points. Quant à la constitution des pustules, j'ai trouvé, à l'inverse de Du Mesnil, que les plus petites étaient les plus profondes, situées dans le corps muqueux,

tandis que les plus grandes étaient situées dans le stratum lucidum ou même dans la couche cornée.

Du Mesnil n'a pas trouvé de lésion de l'épiderme au voisinage des pustules elles-mêmes ; dans mon cas, l'épiderme était profondément altéré, aminci dans toutes ses parties. Le corps muqueux était réduit à deux ou trois rangées de cellules au-dessus desquelles quelques cellules aplaties, dépourvues d'éléidine, servaient de transition à une couche cornée dont les cellules lamelleuses avaient conservé un mince noyau colorable.

Il semble que mes examens ont porté, non pas sur la zone d'attaque et de progression, mais sur la zone de régression correspondant à la partie centrale rouge et suintante, ou croûteuse, et que les pustules que j'ai trouvées dans mes coupes sont, non de vraies pustules, mais des décollements épidermiques se faisant en arrière de la zone pustuleuse, dans un épiderme profondément altéré.

Dans les parties végétantes et papillomateuses, Du Mesnil a trouvé une augmentation considérable de la longueur des prolongements interpapillaires du derme et un allongement très marqué des papilles. L'infiltration embryonnaire était aussi moins marquée.

ÉTIOLOGIE

Les premiers cas d'impetigo herpetiformis ayant tous été observés chez des femmes enceintes, on a longtemps admis que la grossesse était une condition indispensable pour le développement de cette maladie. Il est maintenant démontré qu'elle peut apparaître dans d'autres circonstances. Les observations VII et X sont relatives à des hommes, mais l'observation IX est particulièrement instructive sous ce rapport.

La première atteinte observée et décrite par Du Mesnil et Marx, a eu lieu sans que la malade fût enceinte, la deuxième et la troisième se sont produites à l'occasion de deux grossesses consécutives. Par conséquent, la grossesse est une puissante cause occasionnelle, mais n'est pas nécessaire.

Une femme qui a eu une première fois l'impétigo herpétiforme a beaucoup de chances d'avoir une récidive à chaque grossesse. La récidive est-elle fatale, c'est ce qu'il n'est pas possible d'affirmer, quoiqu'il y ait tout lieu de le croire. En tout cas, l'impétigo n'apparaît pas toujours à la première grossesse et la plupart des malades (obs. II, IV, V, IX) avaient été enceintes à plusieurs reprises sans présenter aucune complication de ce genre.

L'impetigo herpetiformis est donc surtout lié a une prédisposition inhérente à l'individu, qui, une fois acquise, peut persister à l'état

latent pendant des années, attendant pour se manifester une cause occasionnelle qui est le plus souvent la grossesse. La malade de Maret (obs. VIII) a eu une première grossesse en 1868, accompagnée d'une éruption qui paraît bien avoir été un impétigo herpétiforme ; ce n'est que 19 ans après, en 1887, que la malade est redevenue enceinte et qu'elle a eu une récidive.

Hebra, Neumann attribuent l'impetigo herpetiformis à une pyohémie d'origine utérine, mais, si les symptômes généraux se rapprochent un peu de ce que nous savons de la pyohémie, on n'en trouve pas les lésions viscérales, et surtout cette hypothèse n'explique pas les récidives à longue échéance qui n'avaient pas, du reste, été observées par ces auteurs. Maret le considère comme une maladie infectieuse indéderminée ; Du Mesnil pense qu'il s'agit d'un trouble de l'innervation.

Au fond, il n'est rien de plus obscur que la pathogénie de l'impetigo herpetiformis. Les recherches bactériologiques n'ont donné aucun résultat positif. Maret a fait des cultures avec le pus et avec le sang pris sous les pustules, il y a trouvé un microcoque formant des cultures blanches et liquéfiant la gélatine qu'il identifie avec le staphylococcus albus, quoique les inoculations intraveineuses au lapin soient restées sans résultat. Néanmoins il n'ose pas en tirer de conclusions positives relativement au rôle du staphylocoque, ni comme agent d'une infection purement cutanée et superficielle, ni comme agent d'une infection générale à manifestation cutanée. Il faut dire que prendre du sang sous la base des pustules, c'est se placer dans des conditions particulièrement difficiles, relativement à l'asepsie de l'opération.

Du Mesnil et Marx ont, lors de la 1re atteinte de leur malade, trouvé dans le pus des pustules le staphylococcus aureus et une sarcine jaune. Du Mesnil, chez le même malade, a trouvé plus tard des microbes sans caractère spécial dans le contenu des pustules ; l'examen microscopique des coupes de peau montra un grand nombre de microcoques et de diplocoques dans la zone d'infiltration sous-jacente aux pustules et surtout dans les pustules elles-mêmes. En revanche les cultures faites avec le sang de la malade restèrent stériles de même que les cultures faites avec le contenu des pustules de la peau et de la muqueuse buccale de l'enfant aussitôt après la naissance. Les recherches que j'ai faites sur mon malade ne sont pas plus concluantes. Tandis que le contenu des pustules fourmillait de microbes, le sang n'en contenait pas, non plus que les viscères. Sur les coupes de peau on ne trouvait de microbes que dans les pustules, mais pas un dans le derme ni dans le corps muqueux de l'épiderme.

Les microbes qui ont été vus paraissent donc être purement accidentels et rien ne prouve qu'ils aient un rôle quelconque dans la production de la maladie elle-même. Rien ne prouve non plus que nous ayons affaire à une maladie infectieuse dont l'agent parasitaire serait

inconnu. Cela cadre mal avec ce que nous savons de la prédisposition inhérente à l'individu et restant latente entre deux grossesses éloignées. De plus, cet agent infectieux ne serait certainement pas contenu dans les pustules, car on n'a jamais observé de contagion et l'auto-inoculation essayée par Du Mesnil est restée infructueuse. Les piqûres d'inoculation donnaient naissance à une pustule qui s'éteignait sur place sans s'étendre ou se multiplier. Les éruptions pustuleuses se produisant sur les écorchures ne sont pas des auto-inoculations, mais des éruptions produites autour d'une irritation extérieure.

En somme, nous ignorons complètement la nature de cette maladie. L'opinion de Du Mesnil qui en fait une affection névropathique est purement hypothétique et n'est prouvée par rien; le seul argument qu'on puisse invoquer en sa faveur est l'analogie avec la dermatite herpétiforme récidivante de la grossesse ou herpes gestationis. L'hypothèse d'une maladie infectieuse pure et simple n'est pas prouvée non plus malgré l'ensemble symptomatique et la transmission probable au fœtus, parce que l'on n'a pas pu démontrer la présence d'un agent infectieux et que cela s'accorde mal avec les récidives.

DIAGNOSTIC

Herpes gestationis. — La dermatite herpétiforme de Duhring dans sa forme récidivante liée à la grossesse a été confondue par Duhring lui-même et par d'autres auteurs américains avec l'impetigo herpetiformis de Hebra. La distinction avait été faite, avant la lettre, par Hebra lui-même, qui, dans l'article où il décrit pour la première fois l'impetigo herpetiformis rapporte l'histoire d'une dame russe qui eut, à l'occasion de six grossesses consécutives, une éruption de pemphigus prurigineux, lequel n'était probablement pas autre chose qu'un herpes gestationis. Il est certain, néanmoins, que dans sa forme pustuleuse l'herpes gestationis peut présenter quelque analogie avec la maladie qui nous occupe, mais il est impossible de les identifier comme l'a fort bien montré M. Brocq dans son étude magistrale sur la dermatite herpétiforme de Duhring. A l'époque des premiers travaux de Duhring il n'y avait pas d'autres documents sur la question que l'article de Hebra et les observations publiées par Heitzmann, Schwarz et Pataky, lesquelles n'étaient pas de nature à dissiper les obscurités. On conçoit donc très bien qu'il ait pu ne considérer les faits de Hebra que comme des cas particulièrement graves d'herpes gestationis à forme pustuleuse, cela d'autant plus que Hebra ne donnait pas d'observation complète. Mais après le mémoire de Kaposi et celui de Brocq il a abandonné cette opinion dans une lettre lue au Congrès international de dermatologie en 1889. La question est donc tranchée malgré la protestation

de Sherwell qui, plus royaliste que le roi, s'indigne de la défection de Duhring.

L'herpes gestationis est une maladie à éruption essentiellement polymorphe, dans laquelle les pustules ne jouent qu'un rôle accidentel et temporaire, où l'on voit toujours apparaître en même temps ou successivement les autres éléments éruptifs habituels, vésicules, bulles, érythème et urticaire ; cette dernière lésion a une importance majeure dans l'herpes gestationis. Le prurit est constant, intense ; l'état général n'est pas altéré, on observe bien quelquefois des accès de fièvre mais très passagers, il n'y a pas d'autres troubles généraux que ceux qui sont liés à la violence du prurit et à l'insomnie. L'avortement et l'accouchement prématuré sont tout à fait exceptionnels tandis qu'ils sont de règle dans l'impétigo herpétiforme. Lors même que l'éruption est pustuleuse, elle a toujours plus de tendance à la dissémination que dans l'impétigo herpétiforme, elle ne forme pas ces bandes criblées de pustules égales et serrées, ni d'une façon aussi régulière ces cercles à extension centrifuge, on voit plus souvent des éléments éruptifs isolés soit sur la peau saine, soit surtout dans l'aire des cercles déjà existants. En somme, l'éruption polymorphe, le prurit et la conservation de la santé générale sont les traits caractéristiques de l'herpes gestationis tandis que l'impétigo herpétiforme est au contraire caractérisé par une éruption rarement prurigineuse, toujours semblable à elle-même, formée de pustules miliaires très drues groupées en amas ou en cercles, affectant de préférence la région génito-crurale et les seins ; par un état général grave marqué par des frissons, de la fièvre et une extrême prostration, enfin par sa terminaison habituelle qui est la mort. Néanmoins il est certainement des cas comme celui de Hudelo et Wickham présenté le 10 décembre 1891 à la Société de Dermatologie où, en l'absence de commémoratifs le diagnostic doit être très difficile.

Parmi les cas de dermatite herpétiforme qualifiés à tort d'impétigo herpétiforme, je rappellerai seulement le cas de Duhring analysé par Brocq (1) et le cas de Liveing (2) cité par Maret qui n'ont de toute évidence rien à faire avec cette dernière affection.

Pemphigus. — Si l'on prend le mot de pemphigus dans le sens restreint que lui donnent MM. Besnier et Doyon (3), il n'y a aucune analogie entre lui et la maladie qui nous occupe. Mais il est des cas moins nets, qui ne rentrent dans aucun des types distraits de l'ancien pemphigus : dermatite herpétiforme, érythème polymorphe bulleux,

(1) DUHRING. *Journal of cutan. and venereal Diseases*, 1884, n° 8. — BROCQ. *Annales de dermatologie*, 1888, p. 5

(2) LIVEING. *Lancet*, 1878, I, 783. — MARET, *loc. cit.*, p. 24.

(3) BESNIER et DOYON. Appendice des traducteurs à la 2e édition française de Kaposi, t. I, p. 829.

toxicodermies, et auxquels on est pour le moment obligé de conserver, jusqu'à plus ample informé, le nom de pemphigus, *latiori sensu*. Il y a dans ce groupe des éruptions bulleuses à éléments de grandeur très variable, contenant un liquide parfois trouble, formant des plaques qui s'agrandissent excentriquement. Mais l'extension se fait généralement par un soulèvement bulleux continu et non par une zone semée de petites pustules distinctes. La durée de la maladie est d'habitude plus longue, les symptômes généraux ne surviennent qu'à une époque très tardive. Enfin, si, à certains moments, la maladie peut offrir une réelle analogie avec l'impétigo herpétiforme, elle présente très nettement les caractères du pemphigus au début ou pendant une période plus ou moins longue.

Pemphigus vegetans. — La ressemblance et la possibilité de la confusion de cette maladie avec l'impétigo herpétiforme est démontrée par ce fait que les cas d'Auspitz et de Zeisler ont été attribués à cette dernière affection.

Le pemphigus végétant de Neumann débute le plus souvent par les muqueuses buccale et nasale où il peut rester cantonné pendant assez longtemps en déterminant des douleurs insupportables. Sur le corps l'éruption commence par des bulles d'aspect franchement pemphigineux, mais dont le contenu ne tarde pas à devenir louche. Quand la maladie a duré un certain temps, les surfaces excoriées par les bulles se couvrent dans certaines régions de végétations saillantes que les auteurs comparent à des condylomes plats. Ces végétations, rouges, framboisées siègent surtout dans les régions où le contact de deux surfaces cutanées favorise la macération, dans les aines, les plis génito-cruraux, les aisselles, elles peuvent survenir encore en bien d'autres points, mais aucune observation ne signale la production de végétations papillomateuses sur la muqueuse buccale. Les plaques saillantes sont entourées d'un soulèvement bulleux de l'épiderme aux dépens duquel elles peuvent s'étendre. Les ongles sont généralement atteints, ils sont décollés par l'éruption bulleuse, soulevés par les végétations. Le pemphigus végétant, après une durée habituelle de plusieurs mois, voire plusieurs années, se termine par la mort ; il atteint également les deux sexes et chez la femme il n'est nullement influencé par la grossesse.

Dans l'impétigo herpétiforme, le début se fait constamment par le tronc ou les cuisses, l'éruption buccale est inconstante, elle est beaucoup moins abondante, moins tenace et moins douloureuse. Dès le début et pendant toute sa durée (à part l'obs. I), l'éruption est franchement pustuleuse et miliaire, les plaques s'étendent par une bordure de petites pustules distinctes et très nombreuses, et non par un soulèvement bulleux. Les végétations consécutives sont exceptionnelles et n'ont été observées que chez un seul malade (obs. IX), elles étaient

beaucoup moins développées sur la peau que dans le pemphigus végétant, mais en revanche, elles atteignaient la muqueuse de la bouche et de la gorge où l'on ne les trouve pas signalées dans les observations de Neumann. Les ongles ne sont pas atteints de la même façon ni avec la même fréquence, non plus que le cuir chevelu. Enfin si les deux maladies sont à peu près également mortelles, la durée de l'impétigo herpétiforme est bien plus courte.

Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique de Hallopeau. — La dénomination de cette maladie, a part le mot chronique, serait parfaitement applicable à l'impétigo herpétiforme, et cependant les deux affections sont tout à fait différentes.

Du reste, les deux malades qui ont été présentés au Congrès international de dermatologie de Paris (les seuls dont l'observation ait été publiée) ont été vus par M. Kaposi qui n'a pas songé à une confusion possible. La maladie d'Hallopeau débute par une pustule miliaire ou un groupe arrondi de pustules miliaires qui s'étend excentriquement en formant une croûte au centre ; ces petites plaques s'éteignent en laissant une surface pigmentée et quelquefois saillante, infiltrée et végétante ; la maladie occupe de préférence l'hypogastre et la région génito-crurale où elle forme de vastes placards. Mais ces pustules siègent sur une base rouge et profondément indurée ; les pustules ne forment pas autour des grandes plaques une bordure continue formée de plusieurs rangées, mais apparaissent sur le bord de la plaque préexistante, et quelquefois même à sa surface, sous forme de groupes arrondis mais isolés, un peu comme des forts détachés autour d'une place de guerre. Enfin l'éruption s'accompagne d'un prurit très vif et peut durer des mois, voire même des années, sans altérer en rien l'état général.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Actinomycose. — Thiriar. Un cas d'actinomycose (*Mercredi médical*, 15 juillet 1891, p. 349).

Leçon clinique à propos de l'observation suivante :

Femme de 37 ans, habitant un petit village de la Flandre belge, se nourrissant presque exclusivement de pain de seigle et de pommes de terre au lard. Il y a 4 mois, petite excoriation de la région malaire gauche accompagnée d'un gonflement très prononcé et de fortes douleurs, puis extension de l'induration, développement de nodosités et d'ulcérations en 3 points différents. Actuellement, tumeur de la joue gauche aplatie, étalée, livide, violacée en 4 points différents ; par les fistules, écoulement de pus mal lié, séreux ; la tumeur est de consistance inégale : mollasse et semi-fluctuante par places, plus dure à la périphérie. Il manque 3 molaires à la partie gauche du maxillaire supérieur ; à la place de la 1re petite molaire, bourgeon mollasse qui laisse pénétrer dans la cavité alvéolaire où on constate la présence d'un fragment de racine ; pas de trajet fistuleux dans l'intérieur de la bouche. Le grattage de la tumeur permet de constater dans les parties enlevées la présence de grains jaunes, arrondis, qui ont au microscope les caractères des grains d'actinomyces.

M. Thiriar cite à ce propos d'autres faits d'actinomycose observés en Belgique, tant chez les animaux que chez l'homme. Il pense que, dans son observation, l'infection s'est faite par la bouche et que l'alimentation par le seigle a été la cause de son développement, comme dans les cas de Jensen et de Bertha et rappelle que Johne a souvent trouvé sur les lèvres ou les amygdales des porcs, des glumes de graminées, d'orge en particulier, recouvertes de champignons ayant une grande ressemblance avec l'actinomyces.

Georges Thibierge.

Dermatoses d'origine spinale. — G. Massazza. L'influenza spinale nelle dermatosi di natura trofica (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, juin 1891, p. 145).

Femme de 23 ans, éprouvant depuis plusieurs mois des troubles gastro-intestinaux et des douleurs lombaires et dorsales, lorsque se développèrent, après une sensation de fourmillements, puis de brûlure, un grand nombre de taches rouges bientôt recouvertes de petites vésicules se transformant rapidement, par places, en bulles variant du volume d'une petite noix à celui d'une grosse orange ; l'éruption était localisée au territoire de distribution des nerfs cubital et brachial cutané interne et des

3e, 4e, 5e nerfs intercostaux des 2 côtés; la sensibilité était exagérée dans toute cette région. Les éruptions se reproduisirent fréquemment pendant plusieurs mois, exclusivement limitées aux membres supérieurs, aux régions antérieure et latérale du thorax et à la face, et les douleurs rachidiennes ne dépassaient pas l'espace compris entre la 5e vertèbre cervicale et la 4e dorsale. Au bout de plusieurs mois, l'éruption s'étendit aux autres portions de la surface cutanée, chacune de ses poussées étant précédée de douleurs et offrant souvent une disposition parfaitement symétrique ; six mois plus tard, après des crises douloureuses gastro-intestinales violentes, accompagnées de diarrhée et de lipothymies, survinrent des plaques de gangrène se développant symétriquement, précédées de douleurs rachidiennes violentes et se produisant soit sans altération antérieure de la peau, soit après l'éclosion de bulles ; ces eschares se sont reproduites pendant 14 mois, à intervalles de 5 à 15 jours, et ont toujours occupé la région antéro-latérale des cuisses. Pas de modification de la sensibilité cutanée à la douleur, à la chaleur ou au toucher, sauf une fois une anesthésie généralisée aux membres inférieurs qui disparut dans l'espace de quelques heures ; pas de modification des réflexes cutanés et tendineux.

L'auteur admet, ce qui paraît assez vraisemblable, que ces troubles trophiques étaient sous la dépendance d'une altération de la moelle, dont il tend à localiser le siège dans la substance grise postérieure, mais dont il se déclare incapable de déterminer la nature. C'est une observation d'attente, que sans doute plus tard des faits analogues permettront d'interpréter plus complètement. GEORGES THIBIERGE.

Fibromes cutanés. — R. CIMMINO. Su di un caso di fibromi multipli cutanei con metamorfosi sarcomatosa (*Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle*, mars 1891, p. 28).

Homme de 42 ans, de développement intellectuel très limité, présentant depuis son jeune âge environ 450 tumeurs sessiles ou pédiculées, de dimensions variant de celles d'une tête d'épingle à celles d'un gros pois chiche, disséminées sur toute la surface du corps sauf sur les mains et la tête, mais plus nombreuses sur le dos, recouvertes de téguments d'apparence normale. Au niveau de la région sacrée, une tumeur du volume d'une tête d'adulte, arrondie, convexe en haut, s'étendant jusqu'à la première vertèbre sacrée, et descendant jusqu'à la partie inférieure de la fesse ; cette tumeur, de consistance dure et élastique, repose sur une large base d'implantation, elle est plus ferme dans sa partie supérieure que dans sa partie inférieure.

A l'examen histologique de quelques-unes des tumeurs, celles-ci se montrent formées de tissu conjonctif fibrillaire, aréolaire avec un grand nombre de noyaux ; les fibres sont plus nombreuses et plus volumineuses au voisinage de la limite externe de la tumeur ; les glandes sébacées et sudoripares et les poils sont notablement atrophiés ; les tumeurs pédiculées sont formées de tissu connectif lâche, mais à fibres longues et épaisses avec noyaux peu nombreux et offrant des directions déterminées, elles renferment un grand nombre de vaisseaux lymphatiques et sanguins. Les

coupes n'ayant pas été soumises aux réactifs appropriés, il n'a pas été possible d'y déceler la présence de fibres nerveuses.

L'auteur cite à ce propos un certain nombre de faits publiés jusqu'ici dans lesquels des tumeurs de fibrome molluscum ont subi la transformation sarcomateuse. Il note que les observations récentes ont confirmé l'opinion de Recklinghausen sur les relations des nerfs avec les tumeurs de molluscum. GEORGES THIBIERGE.

Furoncle; micro-organismes. — A. MAGGIORA E G. GRADENIGO. Osservazioni batteriologliche sui furoncoli del condotto auditivo esterno (*Giornale della R. Accad. di medicina di Torino*, juillet 1891, p. 713).

Le micro-organisme le plus fréquemment rencontré dans les furoncles, est le streptococcus pyogenes aureus ; c'est lui que Maggiora et Gradenigo ont constaté le plus souvent, puis par ordre de fréquence l'albus et le citreus ; deux fois ils ont rencontré simultanément le citreus et l'albus ; une fois ils ont vu, en même temps le staphylococcus pyogenes albus, de nombreuses colonies du bacillus pyocyaneus. GEORGES THIBIERGE.

Gale. Mort des acares. — E. PERRONCITO. Osservazioni fatte sull'azione della putrefazione sopra il « Sarcoptes cati » (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, juin 1891, p. 288).

Un fragment de peau de chat atteint de gale ayant été déposé sans précaution dans le laboratoire de Perroncito, on constata facilement pendant 2 jours la présence d'acares vivants et mobiles dans le liquide de la préparation. Le 3e jour, le fragment de peau avait l'odeur de la putréfaction, et de nombreuses préparations faites à ce moment ne renfermaient plus que des acares à diverses périodes de leur développement, mais tous morts. La putréfaction amène donc la mort des acares comme elle amène celle des helminthes. GEORGES THIBIERGE.

Ichthyose. — A. TOMMASOLI. Nuove considerazioni sulla etiologia e sulla natura dell'ittiosi e sulla sua posizione di fronte alle dermopatie keratofore affini (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, septembre 1889, p. 315 et mars 1891, p. 58).

Tommasoli a étudié au microscope les lésions cutanées chez 5 sujets atteints d'ichthyose, 1 atteint d'ichthyose hystrix, 1 d'ichthyose nigricans et 3 d'ichthyose simplex. Dans tous ces cas, il a constaté, outre les altérations épidermiques bien connues, des lésions de la partie superficielle du derme, caractérisées tantôt par la présence de cellules rondes ou fusiformes, situées autour des vaisseaux dilatés, tantôt par la présence d'un grand nombre de noyaux ovales ou aplatis, situés entre les faisceaux connectifs, tantôt par la condensation du derme qui est aminci. Ces lésions dermiques étaient surtout accusées dans le cas d'ichthyose hystrix, et dans ce cas quelques

vaisseaux présentaient une prolifération de leur endothélium. Tommasoli considère ces altérations comme l'indice d'un processus inflammatoire ou au moins congestif, à évolution très lente, et non pas seulement comme un processus irritatif. Les lésions considérables des papilles, surtout accusées dans le cas d'ichthyose hystrix, ne peuvent être mises uniquement sur le compte des altérations de l'épiderme sus-jacent et leur allongement énorme doit être attribué à une lésion propre du derme.

Il est évident que les lésions les plus considérables occupent l'épiderme ; mais on ne peut dire que les lésions du derme sont trop peu accusées pour être prises en considération. Au contraire, ce sont les lésions des couches les plus superficielles du derme qui entraînent les modifications de l'épiderme, et, à ce propos, Tommasoli rappelle les modifications de l'épiderme consécutives aux lésions dermiques du lichen plan : « nihil in epidermide, dit-il, quod prius non fuerit in corio ». Aussi combat-il l'opinion générale qui fait de l'ichthyose une lésion primitivement épidermique.

La peau peut-être considérée, au point de vue de l'anatomie pathologique générale, comme un organe dont l'épiderme serait le parenchyme et la couche papillaire le stroma connectif. L'ichthyose peut, par suite, être regardée comme le catarrhe chronique de la peau, ou un pseudo-catarrhe, si l'on veut : Tommasoli fait remarquer à ce propos qu'on a cité des faits dans lesquels « l'ichthyose est devenue aiguë et s'est transformée en catarrhes plus élevés et plus nets, tels que le psoriasis, l'eczéma, la dermatite ou le pityriasis rubra », faits qui mériteraient une discussion, pour ne pas dire une réfutation, beaucoup trop longue pour trouver sa place ici. Cette théorie explique, au dire de Tommasoli, toutes les particularités anatomiques et cliniques de l'ichthyose.

Tommasoli ne nie pas l'hérédité de l'ichthyose, mais il se demande si les modifications qui se produisent dans son aspect, c'est-à-dire dans les lésions dermiques, ne tiennent pas à des causes toxiques, à des modifications dans les humeurs retentissant sur la circulation et la nutrition de la peau ; il admet d'ailleurs que la même étiologie peut s'appliquer aux autres affections chroniques de la peau, se traduisant par des troubles de la kératinisation. Il croit que l'ichthyose peut se produire à une époque quelconque de la vie, suivant que la condition morbide nécessaire pour que l'organisme fabrique les substances toxiques ichtyosogènes est acquise par l'ichthyosique au moment de la naissance, pendant la vie intra-utérine ou à une époque plus tardive ; l'extension et la marche de la maladie étant dues à la qualité et à la quantité des substances toxiques kératogènes.

Il nous est difficile de suivre l'auteur dans cette voie hypothétique, où nous n'entrevoyons pas mieux la solution du problème de la nature et de la pathogénie de l'ichthyose que dans la théorie parasitaire soutenue, il y a quelques années, pour cette même maladie par un éminent dermatologiste.

Georges Thibierge.

Lèpre et syringomyélie. — MARESTANG. Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de la lèpre anesthésique et de la syringomyélie (*Revue de médecine*, septembre 1891, p. 781).

L'auteur rapporte huit observations inédites de lèpre avec symptômes rappelant plus ou moins exactement ceux de la syringomyélie et leur compare quelques faits publiés par les auteurs sous le titre de syringomyélie et dont les symptômes ressemblaient de plus ou moins près à ceux de la lèpre (entre autres l'observation VIII de la thèse de Bruhl qui est certainement un fait de lèpre). De cette comparaison, il conclut que la lèpre anesthésique et la syringomyélie sont deux maladies bien distinctes, ainsi que le démontre l'anatomie pathologique. Les signes cliniques permettant de faire le diagnostic différentiel de ces deux maladies sont : *En faveur de la syringomyélie*, la dissociation des troubles sensitifs dite syringomyélique, l'intégrité des muscles superficiels de la face, l'absence de taches sur la peau, l'intégrité du système pileux, les déviations de la colonne vertébrale ; *en faveur de la lèpre*, l'abolition de la sensibilité tactile, l'atrophie et la parésie des muscles superficiels de la face, l'épaississement des nerfs avec renflements nodulaires, la présence de taches sur le corps, surtout lorsqu'elles sont insensibles, la résorption spontanée des phalanges, des altérations excessives des ongles, la chute complète ou partielle des poils, la présence du bacille de Hansen dans les parcelles des tissus ulcérés. Si la plupart de ces signes ont la valeur que leur accorde l'auteur, il est incontestable cependant, et nous avons publié un cas qui en fait foi, que la dissociation dite syringomyélique peut s'observer dans la lèpre, et qu'on risquerait de s'égarer si on lui attribuait dans le diagnostic différentiel une importance trop considérable ; d'ailleurs actuellement ce symptôme est quelque peu déchu du rang de signe presque pathognomonique de la syringomyélie qui semblait lui appartenir naguère.

Georges THIBIERGE.

Lichen plan. — COLCOTT FOX. Notes on lichen planus in Infants (*The British journ. of Derm.*, juillet 1891, p. 201).

La forme particulière de Lichen ruber plan chez l'enfant, dont parle le Dr Colcott Fox répond à ce que le Dr Radcliffe Crocker a décrit page 24, dans son Traité de Dermatologie.

L'éruption apparaît rapidement en groupes ; les papules au début sont parfois acuminées, mais leur sommet semble rapidement s'affaisser et en peu de temps, elles deviennent plates, brillantes, polygonales, d'un rouge assez vif ; elles se recouvrent alors d'une petite squame. Cette éruption siège aux cuisses, sur le tronc ; elle est plus ou moins prurigineuse, quelquefois indolente. Une application émolliente et des médicaments toniques, viennent facilement à bout de ces lésions. Le Dr Colcott Fox a réuni et reproduit dans son mémoire une dizaine d'observations, dont quelques-unes paraissent se rapporter à des cas de syphilis. Il est, en effet, très difficile dans certains cas, de distinguer le lichen de la syphilis, et l'auteur insiste sur la délicatesse qu'offre parfois ce diagnostic. Dans quelques observations,

l'inefficacité complète du traitement a montré qu'il ne s'agissait pas de syphilis. Dans d'autres cas, l'auteur a rencontré cette éruption de lichen ruber plan, chez des sujets ayant eu autrefois la syphilis, mais jamais il n'a observé de telles éruptions en coïncidence avec des éruptions syphilitiques certaines. LOUIS WICKHAM.

Maladie d'Addison. — DRYSDALE et MARSCHALL. A case of Addison's disease ; necropsy (*The Lancet*, 4 octobre 1801, p. 768).

L'autopsie a révélé dans ce cas de maladie d'Addison, de la tuberculose de l'appareil urinaire et en particulier des capsules surrénales. La maladie avait évolué rapidement en 4 mois ; elle avait consisté en une faiblesse croissante, de l'émaciation, une légère exophtalmie, de la matité splénique et une pigmentation brun jaunâtre de la peau, peu marquée aux muqueuses. Cette coloration était très accentuée au cou, aux aisselles, aux aréoles mammaires, au pubis, et au niveau de la ligne blanche.

LOUIS WICKHAM.

Maladies de la peau aux îles Fidji. — BONNAFY et MIALARET. Mission aux îles Fidji, pour y étudier les maladies de la peau et spécialement le tokelau et la lèpre (*Archives de médecine navale et coloniale*, octobre 1891, p. 269).

En moyenne, un individu sur cinq est atteint d'une affection cutanée quelconque aux îles Fidji. Les deux affections les plus communes sont le tokelau (tinea imbricata de Manson) et le pityriasis versicolore. On observe encore la lèpre, la trichophytie circinée, la tonga ou pian, la gale et le lupus.

La lèpre est assez fréquente : 1 habitant sur 100 en serait atteint.

Le tokelau est très répandu ; il s'observe moins fréquemment dans les villes et les centres habités par des blancs, que dans les autres parties des îles ; on le traite aux îles Fidji par les fumigations sulfureuses faites en enfermant les malades dans les caisses en bois d'où la tête seule émerge ; les fumigations sont répétées tous les 3 jours et la guérison demande environ 20 fumigations.

La trichophytie circinée présente l'aspect décrit par les Anglais, sous le nom de teigne des tropiques, un peu différent de celui qu'on observe en Europe.

Le pityriasis versicolore, en raison de la coloration de la peau des habitants, se détache en teinte plus claire sur un fond sombre ; il est parfois confondu avec la lèpre.

Le pian ou tonga est, au dire des auteurs, une manifestation de la syphilis héréditaire.

La gale prend, en raison de l'incurie des malades, des proportions énormes et peut même produire des ulcérations.

Les diverses affections cutanées observées aux îles Fidji se rencontrent également en Nouvelle-Calédonie. Le tokelau qui était inconnu jusqu'ici dans notre colonie, y a été constaté à plusieurs reprises par Mialaret, chez des sujets immigrés de la Nouvelle-Hébride ou de l'île Salomon.

Georges THIBIERGE.

Maladies de la peau. Classification. — Tommasoli. Saggio di una nuova classificazione delle malattie cutanee (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, septembre 1891, p. 277).

La classification des maladies cutanées proposée par le professeur Tommasoli est une classification anatomique et, comme telle, elle a l'inconvénient de rapprocher des affections qui n'ont en commun que des caractères extérieurs souvent contingents. Ne pouvant la reproduire dans son entier, ce qui demanderait plus de 10 pages des *Annales*, nous en indiquerons seulement les divisions principales :

Classe I. *Erythrodermatoses* : Erythrodermies, Erythrodermites.

Classe II. *Hémodermatoses* : Cyanodermies, Porphyrodermites.

Classe III. *Sérodermatoses* . Hygrodermites, Sérodermites.

Classe IV. *Kératodermatoses* : Kératodermies, Kératodermites.

Classe V. *Atrophodermatoses* : Atrophodermies, Ulodermites, Sclérodermites.

Classe VI. *Elcodermatoses* : Pyodermites, Nécrodermites.

Classe VII. *Plasodermatoses* ; Nodulodermites, Plasodermites.

Classe VIII. *Chromodermatoses* : Leucodermies, Pigmentodermies.

Classe IX. *Neurodermatoses* : Spasmodermies, Esthésiodermies.

Classe X. *Sécrétodermatoses* : Stéatodermies, Idrodermies.

On remarquera les terminaisons des noms de famille, tantôt en *ie* et tantôt en *ite*, ce qui tient à ce que l'auteur distingue avec soin les processus inflammatoires des processus non inflammatoires.

L'auteur n'a pas la prétention d'avoir établi une classification définitive et parfaite des dermatoses. Malgré les imperfections de sa classification, imperfections inhérentes à toutes les classifications en général, et aux classifications anatomo-pathologiques en particulier, on ne peut méconnaître à celle du professeur Tommasoli le mérite de la simplicité ; le tableau synoptique qu'elle constitue et qui est des plus complets, peut servir de memento pour le diagnostic des dermatoses et peut aider à reconnaître la nature d'affections rares et embarrassantes. Georges Thibierge.

Panaris érysipéloïde. — A. Radice e P. de Michele. Ricerche sull' Erisipeloide zoonotico delle dita (*Progresso medico*, 1891).

Les auteurs donnent le nom d'érysipéloïde à la lésion connue sous la dénomination de panaris sous-épidermique ou phlycténoïde. Dans un cas, ils ont constaté comme Rosenbach et Cordua, la présence d'un streptocoque présentant une très grande ressemblance morphologique et biologique avec le cladothrix ; ce parasite, qui ne produit pas d'infection générale, mais seulement une lésion locale, conserve son pouvoir pathogène pendant 2 mois et lorsqu'on injecte des cultures dans la peau des cobayes, il reproduit une lésion analogue à celle d'où il provient et également bulleuse. Georges Thibierge.

Pemphigus ulcéreux. — Azua. Penfigo ulceroso (*Revista clinica de los hospitales*. Madrid 1891, p. 27).

Il s'agit d'une enfant de trois ans, jusque-là fort bien portante : aucun anté-

cédent syphilitique. La maladie actuelle a commencé par un léger malaise et ce n'est qu'accidentellement que la mère aperçut à la partie supérieure des organes génitaux, au niveau du pubis, deux ou trois ampoules pleines d'un liquide trouble, exactement semblable, dit la mère, aux ampoules des brûlures. Dans la suite, et sans que l'état général de l'enfant se fût modifié sensiblement, il survint d'autres vésicules en divers points et cela d'une façon irrégulière ; elles débutaient par une petite tache rouge sur laquelle se développait rapidement une bulle pleine, dès son origine, d'un liquide trouble d'aspect puriforme. Elles duraient de trois à quatre jours, puis se rompaient et laissaient une ulcération ; le fond de cette dernière, au lieu d'être rosé était grisâtre et suppurait. A chaque poussée éruptive, il y avait un petit mouvement fébrile et un peu de malaise ; les ulcérations n'ont pas acquis plus d'extension que l'ulcération primitive. La mère affirmait que ni dans le voisinage, ni dans la famille, ni chez les enfants avec lesquels jouait sa fillette, il n'y avait semblable affection. La mère n'était pas syphilitique et pourtant la première impression de l'auteur fut qu'il s'agissait de syphilis ; néanmoins, ayant pu observer sur la face interne de la cuisse, l'évolution de deux ou trois bulles, l'auteur modifia son diagnostic et porta celui de pemphigus, mais d'un pemphigus profondément modifié et se présentant en dehors de toutes les influences habituelles. Quelles étaient les conditions qui faisaient que les ulcérations du pemphigus s'étaient montrées, alors que l'enfant ne présentait aucune des conditions que l'on voit dans les cas de pemphigus ulcéré ? Il ne s'agissait, ni de syphilis, ni de lèpre et en l'absence d'une explication plausible, l'auteur fut amené à rechercher si dans l'étiologie vraiment multiple du pemphigus, il pouvait trouver une cause locale qui lui donnât la raison de ces ulcérations, sans qu'il s'ensuivît un état grave de la petite malade. Il admet qu'il ne s'est pas agi d'un pemphigus développé de l'intérieur à l'extérieur par suite d'une congestion de cause interne par exemple, mais que l'affection a été produite par une infection externe, localisée à la peau, de caractère pyogène dont l'évolution a été la suivante ; développement du pemphigus, suppuration de par le caractère pyogène de la cause, développement en profondeur, destruction d'une couche du corps muqueux et ulcération. Voulant s'assurer de la possibilité de cette hypothèse, l'auteur prit quelques gouttes du liquide de bulles non encore rompues et à deux reprises, il pratiquait des inoculations sur la face antérieure des cuisses. Rapidement se formèrent de petites ampoules dans lesquelles on ne trouva que le micrococcus pyogène. Ce qu'il faut aussi faire remarquer dans cette observation, c'est le lieu d'élection. Habituellement, le pemphigus non généralisé, se montre aux extrémités inférieures ; ici, il a débuté aux parties génitales et s'est étendu lorsque la malade s'est auto-inoculée. Dans ces cas, le nombre des éléments de pemphigus a été de 45, nombre réellement exceptionnel lorsqu'il s'agit d'un pemphigus non étendu. Cette observation montre comment des lésions qui représentent un type déterminé peuvent être modifiées sous l'influence de petites causes. Quant au traitement, il a consisté dans une désinfection faite avec le plus grand soin, de toutes les ulcérations, au moyen d'une solution de sublimé ; elles ont été ensuite cautérisées avec du chlorure de zinc à 10 0/0 et pansées ensuite à la gaze iodoformée.

Paul Raymond.

Pigment de la peau. — Jarisch. Ueber die Anatomie und Entwiklung des Oberhautpigmentes beim Frosche (*Arch. für Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 559).

Riehl, Aeby, Ehrmann, Karg, Kölliker, etc..., admettent d'une manière à peu près unanime que le chorion sert de véhicule à tout le pigment du tissu épidermique.

On n'a pas donné de preuve directe, certaine, de cette opinion qui se base sur le pigment brun, granulé des mammifères et des amphibies, elle s'appuie cependant sur la présence de cellules de pigment ramifiées dans l'épiderme ou la matrice du poil, qui s'identifient en partie avec les chromatophores des portions conjonctives de la peau et en partie leur sont comparées au point de vue de leurs fonctions de véhicule du pigment Ehrmann).

L'auteur est arrivé, en ce qui concerne la peau de la grenouille, à des résultats essentiellement différents de ceux d'Ehrmann.

Voici les conclusions provisoires de Jarisch :

1° Les rapports topographiques des cellules de pigment portant du pigment brun avec les vaisseaux sanguins ne démontrent pas d'une façon concluante que le pigment provient de la matière colorante du sang.

2° On ne peut pas interpréter les trois degrés d'infiltration pigmentaire de Ehrmann comme des phases de l'immigration du pigment.

3° On ne peut pas considérer comme démontré qu'il ne se forme aucun pigment dans l'épiderme.

L'auteur donne ensuite le résultat de ses recherches sur les larves de la grenouille.

A l'exemple de Goette il distingue deux périodes de développement de la grenouille, une période embryonnaire et une période larvaire.

Déjà dans la première période on rencontre du pigment granulé, brun ou noir dans les cellules de l'épiderme, donc à un moment où l'embryon n'a pas encore de sang rouge, d'où il faut conclure que ce pigment ne saurait provenir de la matière colorante du sang. Mais ce pigment ne peut pas davantage s'élever du derme dans l'épiderme, car dans ces phases de développement il n'y a pour ainsi dire pas trace de derme.

La pigmentation du tégument des larves de la grenouille se produit de dehors en dedans, de telle façon que d'abord les cellules superficielles présentent du pigment tandis que ce n'est qu'un peu plus tard que les cellules profondes en sont pourvues.

Dans les diverses phases de développement mentionnées jusqu'à présent on ne rencontre pas de cellules pigmentaires ramifiées dans l'épiderme, ou seulement d'une façon tout à fait exceptionnelle. Vers la fin de la deuxième période des larves cet état change rapidement. Sans qu'il existe du pigment dans les éléments du derme qui commence à se développer, sans avoir dans l'apparition de chromatophores un point de repère pour admettre l'immigration de cellules de pigment venant de la profondeur dans l'épiderme, on voit brusquement surgir en masse entre les cellules épidermiques des cellules pigmentaires ramifiées. Les cellules de pigment nais-

sent, selon l'auteur, par voie métabolique dans l'épiderme et en réalité de la métamorphose des cellules pigmentées de l'épiderme.

De ses recherches sur le pigment de la peau des larves de la grenouille, Jarisch a déduit les conclusions suivantes :

1° Le pigment de l'épiderme des larves de la grenouille (à la période embryonnaire) ne provient pas de la matière colorante du sang.

2° La pigmentation du tégument des larves de la grenouille et de ses annexes a lieu de dehors en dedans.

3° La plus grande partie (sinon toutes) des cellules de pigment ramifiées de l'épiderme des larves de la grenouille naît par transformation des éléments de l'ectoderme.

4° Le pigment des dents larvaires est, du moins en tant qu'il survient sous forme de granulations, identique au pigment granulé des éléments épidermiques.

5° Le pigment des dents larvaires est un produit du protoplasma, il naît par voie métabolique.

6° Le pigment granulé de l'épiderme se développe dans la période embryonnaire des lamelles vitellines. A. Doyon.

Pigmentations (Pathogénie des). — Kaposi. Ueber Pathogenese der Pigmentirungen und Entfärbungen der Haut (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 191).

De ses recherches le professeur Kaposi a tiré les conclusions suivantes :

1° Pour beaucoup de processus de pigmentation l'origine paraît être dans l'hémoglobine, c'est-à-dire l'hématine des corpuscules rouges du sang, ils sont hématogènes.

2° Quant à bon nombre d'autres processus de pigmentation, apparition et régression, cette hypothèse ne suffit pas à les expliquer.

3° Il faut admettre une fonction chromatopoïétique d'autres formations protoplasmatiques, spécialement des cellules basales du réseau.

Il n'ignore pas qu'avec ces propositions la question de la pigmentation n'est pas résolue. Mais ce serait, même si sa troisième conclusion devenait insoutenable, une faute de passer sous silence les faits qui prouvent l'insuffisance de la nature hématogène du pigment et qui doivent faire naître nos doutes sur sa valeur absolue. Le doute en effet est la conséquence et en même temps la source d'une conception meilleure. A. Doyon.

Pityriasis rubra et tuberculose. — Jadassohn. Ueber die Pityriasis rubra (Hebra) und ihre beziehungen zur Tuberculose (nebst Bemer Kungen über Pigmentverschleppung aus der Haut) (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1891, p. 941, et 1892, p. 85, 271, 462).

Dans un premier chapitre — aperçu historique — l'auteur divise la littérature qui se rapporte à cette affection en trois périodes.

1° Période jusqu'à Ferdinand Hebra. Cet auteur a le premier nettement décrit le pityriasis rubra généralisé. Sous le nom de pityriasis rubra — taches rouges en défurfuration — on comprend les deux symptômes les plus essentiels, qui aujourd'hui encore sont afférents à cette maladie.

Tandis que les auteurs anciens ont souvent employé le nom de pityriasis rubra pour des maladies légères de la peau (érythèmes, eczémas), on trouve déjà cités dans Wilson et Bateman des cas chroniques, graves ; Alibert décrit un cas d'herpès furfureux volatile très spécial, appartenant peut-être à ce groupe ; Rayer rapporte, à l'occasion de la discussion de son pityriasis généralisé, quelques descriptions de malades, qui montrent déjà la gravité de l'affection, mais qui ne rentrent qu'en partie dans le cadre du pityriasis rubra ; enfin Devergie décrit son pityriasis rubra qui se distingue plus de celui de Hebra que de celui de Rayer (il parle d'une forme aiguë et d'une forme chronique d'humidité, de transformation en pemphigus, etc.). Gibert sépare le pityriasis rosé et décrit un cas de pityriasis rubra.

On doit incontestablement regarder sous ce rapport tous ces auteurs comme des précurseurs d'Hebra, mais la question a été plutôt obscurcie par la théorie de Bazin d'une herpétide exfoliatrice. Il mettait en première ligne l'herpétisme, conception qui heureusement disparaît de plus en plus, même dans la littérature française ; il effaçait ainsi les différences profondes et très importantes qui existent par exemple entre un pityriasis devenu généralisé et un eczéma chronique généralisé ou des affections secondaires analogues d'une part et les maladies qui surviennent et n'évoluent d'une façon primaire qu'avec de la rougeur et de la desquamation.

Les anciennes opinions de Hardy étaient peu propres, elles aussi, à élucider cette question : cet auteur négligeait les limites déjà nettement indiquées par Rayer et Devergie entre l'eczéma chronique, le pemphigus et le pemphigus foliacé et élargissait avant tout cette dernière conception morbide, à ce point qu'il ne restait plus de place pour le pityriasis rubra.

Ferdinand Hebra a tout d'abord (1862) décrit, en se basant seulement sur trois cas, le tableau du pityriasis rubra et l'a séparé aussi nettement que possible de toutes les maladies semblables de la peau. Dans la 2e édition de son ouvrage, où il s'appuie sur 14 cas, il n'a changé que quelques mots. Une troisième description que l'on peut regarder comme un témoignage authentique de l'opinion de F. Hebra se trouve dans le travail publié par Hans Hebra.

D'après Ferdinand Hebra le pityriasis rubra est une maladie qui n'est accompagnée pendant toute son évolution d'aucun autre phénomène que d'une coloration rouge foncé intense, persistante, sans infiltration appréciable, sans papules, sans crevasses, sans humidité ni vésicules, avec prurit léger, rarement localisée à quelques points de la peau, mais le plus souvent ayant pour siège toute la surface cutanée.

Hans Hebra ajoute à cet exposé de symptômes la desquamation très variable de l'épiderme, omise, chose étrange, dans la définition de l'ouvrage et insiste sur la généralisation et la longue durée de la maladie ; quelques lignes plus loin il la désigne comme une affection incurable en opposition à l'eczéma chronique, circonstance qui mérite autrement encore qu'au point de vue pratique une place dans la définition de la maladie, si elle a réellement une importance capitale.

Kaposi se sépare en quelques points de la description primitive de Hebra ; dans la marche ultérieure de la maladie il a observé un épaississement partiel de la peau, soit par suite d'une tuméfaction œdémateuse, soit

par suite d'un amas considérable de squames ; en outre, il a vu de nombreuses crevasses épidermiques, le soulèvement de l'épiderme sur de grandes surfaces et des ulcérations semblables à celles produites par le décubitus ; enfin le pronostic n'est plus aussi absolument défavorable qu'autrefois.

Neumann et Behrend s'en tiennent, non seulement pour la description clinique, mais aussi pour la conception du processus morbide comme processus inflammatoire, au groupe des exsudations créé par Hebra ; Lesser ne s'explique pas sur ce dernier point.

Auspitz a le premier contesté la nature inflammatoire du pityriasis rubra, il le classe dans les épidermidoses, dans la troisième famille de la première série, parmi les kératolyses, maladies à kératinisation défectueuse ; il le sépare ainsi nettement des desquamations consécutives aux processus fluxionnaires de la peau (exanthèmes aigus, eczémas) avec ou sans exsudation.

Rienecker partagea l'opinion d'Auspitz. Hans Hebra et Weyl comprennent le pityriasis rubra parmi les épidermidoses, celui-ci sans le motiver par d'autres raisons, celui-là avec la remarque formelle que ses recherches anatomiques ne justifient pas, il est vrai, cette place dans leur classification, mais n'en indiquent pas non plus une autre où on puisse avec plus de raison le ranger.

Schwimmer est le seul qui demande franchement d'élargir la conception de Hebra et avant tout qu'on reconnaisse des formes légères à côté des formes graves.

2° Période d'Hebra à Brocq.

Cette deuxième période est caractérisée par l'effort fait, principalement en Angleterre, pour élargir le cadre étroit dans lequel Hebra avait placé son pityriasis rubra, et pour ranger ici les cas qui partageaient avec le pityriasis rubra les symptômes de rougeur générale et de desquamation et que l'on ne pouvait comprendre dans un autre groupe. Ce fut aussi en Angleterre qu'Erasmus Wilson proposa le premier d'établir pour tous ces cas (y compris la maladie d'Hebra) le nom, qui ne préjugeait rien, de dermatite exfoliatrice, proposition qui plus tard en Amerique a même provoqué des conclusions qui, il est vrai, n'ont jamais été rigoureusement appliquées. Ni Hutchinson, ni Tilbury Fox, ni G. H. Fox n'ont maintenu le pityriasis rubra d'Hebra comme une maladie spéciale, se distinguant par la caractéristique donnée par cet auteur, et n'ont pas réparti les cas impossibles à y faire rentrer dans un ou dans différents autres groupes morbides.

Buchanan Baxter et Pye-Smith ont essayé de mettre un peu d'ordre dans le pityriasis rubra ou dermatite exfoliatrice, en distinguant tout au moins des types différents ; cette tentative n'a guère été heureuse.

Les auteurs anglais sont sans exception d'avis que, dans toutes ces maladies, il s'agit d'un processus spécial d'inflammation, ils ne suivent donc pas les idées d'Auspitz. Liveing est même allé, d'après ses recherches histologiques (il croit avoir vu des traces d'une véritable exsudation), jusqu'à ne regarder le pityriasis rubra que comme une variété d'eczéma. D'autre part Duhring conserve la différence établie entre le pityriasis rubra et la dermatite exfoliatrice, quoiqu'il ne délimite pas encore exactement la notion de cette dernière maladie.

En France on s'efforçait de décomposer même avant Brocq tout le groupe des maladies dont il est question ici en quelques tableaux morbides séparés.

Ainsi est né l'érythème scarlatiniforme récidivant (Besnier et Féréol); le pityriasis rubra pilaire, processus qui n'a absolument rien à faire avec le pityriasis rubra de Hebra, fut plus exactement précisé par Besnier et Richaud qui sont en communauté d'idées avec Devergie; enfin après un essai malheureux de Percheron qui voulut importer en France les idées des auteurs anglais relativement à un groupe considérable et unique, la dermatite exfoliatrice, on tenta dès avant Brocq d'isoler une maladie spéciale distincte du pityriasis rubra (Hebra), et nommée par Vidal (d'après Wilson) dermatite exfoliatrice généralisée, et par Quinquaud dermite aiguë grave primitive.

Brocq (1882) par une analyse très exacte des travaux publiés jusqu'alors et en s'appuyant sur un cas qu'il avait observé, isole de tout le groupe une maladie dont il s'occupe exclusivement dans ce travail : la dermatite exfoliatrice généralisée ou, comme il propose de la désigner, la maladie d'Erasmus Wilson, entité morbide vraie, distincte de toutes les autres connues jusqu'à ce jour.

Dans son livre sur le traitement des maladies de la peau (1890) Brocq croit pouvoir provisoirement réunir les 7 formes suivantes sous le nom commun de pityriasis rubra :

1° Érythème scarlatiniforme desquamatif ou dermite exfoliative aiguë ou bénigne.

2° Dermatite exfoliative généralisée proprement dite ou subaiguë.

3° Dermatite exfoliative généralisée chronique.

4° Pityriasis rubra chronique de Hebra.

5° Pityriasis rubra subaigu bénin.

6° Affection que l'on pourrait appeler, si des recherches ultérieures confirment son existence en tant qu'entité morbide distinctive, pityriasis rubra chronique bénin.

7° Dermatite exfoliative des enfants à la mamelle.

3° De Brocq jusqu'au moment actuel.

En France les idées de Brocq ont, en somme, fait leur chemin; il existe un certain nombre de monographies sur la dermatite exfoliatrice dont les auteurs reconnaissent pour la plupart la nature spéciale de cette maladie. Hardy seul (1886) admet que le pityriasis rubra de Hebra se confond avec sa dermite exfoliatrice et continue de rapprocher tout ce groupe du pemphigus foliacé.

En Angleterre, on réunit tous les cas de rougeur généralisée et de desquamation dans un grand groupe que chacun, suivant ses préférences, désigne tantôt sous le nom de dermatite exfoliatrice, tantôt de pityriasis rubra; Jamieson, Shœmaker, Radcliff Crocker, St-Makensie partagent cette manière de voir et ne distinguent en général que des cas primaires et des cas secondaires, puis parmi ces derniers ils rangent aussi le psoriasis généralisé et le pemphigus foliacé.

Par contre, en Amérique, on paraît peu à peu admettre qu'il ne faut pas faire rentrer dans le pityriasis rubra les différents cas, souvent à marche tout à fait aiguë, de dermatite exfoliatrice.

En Allemagne, on s'en tient presque partout strictement à la description de Hebra, et il est incontestable qu'on laisse de côté les tableaux morbides de nature différente, que les auteurs étrangers rattachent à la maladie de Hebra.

II. — *Partie critique au point de vue clinique.* — L'exposé historique a montré à quels doutes est sujette la justification du pityriasis rubra si étroitement délimité de Hebra.

Des trois voies qui donnent la possibilité d'établir un syndrome comme maladie spéciale et indépendante, et de l'opposer à d'autres affections semblables, la première est encore complètement fermée : c'est la démonstration d'une étiologie propre et constante dans le pityriasis rubra. La deuxième, la détermination d'altérations anatomo-pathologiques certainement caractéristiques, n'existe à peu près pas ; et ainsi on en est toujours réduit dans cette question à l'analyse clinique.

Comme cette méthode, très fertile en causes d'erreurs, ne peut donner de résultat que si elle s'appuie sur des éléments de discussion aussi complets que possible, l'auteur a cherché à résoudre les questions suivantes en s'appuyant sur tous les cas qui existent dans la science.

1° La maladie décrite par Hebra comme pityriasis rubra est-elle si complètement tranchée, si nettement circonscrite par des affections analogues, qu'elle puisse subsister comme maladie spéciale et caractéristique ?

2° S'il en est ainsi l'état morbide décrit par Hebra est-il encore aujourd'hui tout à fait exact ou est-il nécessaire de le modifier sur des points déterminés.

3° Faut-il ranger dans d'autres groupes précis, les cas décrits comme pityriasis rubra, notamment par les Anglais et les Américains et dont les symptômes ne correspondent pas ou ne correspondent que très imparfaitement à la conception de Hebra ?

Il résulte à coup sûr des tableaux dressés par l'auteur, qu'il y a des cas très tranchés que l'on doit regarder comme constituant une maladie spéciale ; le nombre de ces cas est peu considérable, mais il suffit pour constater que, sur les points les plus essentiels, la description de Hebra subsiste, d'après les faits qui se trouvent jusqu'à présent dans la science, mais aussi qu'il faut apporter quelques modifications dans cette description même d'après ces faits.

Comme déviations du schème de Hebra acceptées en partie déjà expressément ou tacitement par d'autres auteurs, Jadassohn relève les points suivants :

1° *Abondance plus ou moins considérable des squames.* — Ferdinand Hebra la considère, chose étrange, comme tout à fait insignifiante. Mais déjà dans l'observation des malades de Hans Hebra, il est question d'une proportion énorme de squames scutiformes ; Kaposi signale la chute de lambeaux épidermiques entiers, Auspitz, la desquamation en masse de lamelles cornées sèches, et parle de desquamation analogue à du son ou plus fréquemment en petites lamelles.

Comme il est aussi souvent question dans les faits publiés — non à Vienne — de desquamation très abondante, on devra corriger dans ce sens les données de Hebra.

2° Malgré la sécheresse de la peau citée toujours en première ligne dans le tableau clinique, il peut survenir accidentellement une humidité insignifiante, comme le prouvent les croûtelles et croûtes que F. Hebra lui-même signale dans un cas.

Il en est ainsi même dans la dermatose sèche par excellence, le psoriasis, soit sous l'influence d'irritations extérieures, soit même sans des causes de cette nature.

3° L'infiltration de la peau que F. Hebra a indiquée comme insignifiante ou faisant défaut, peut, comme Kaposi l'a mentionné, être très considérable en quelques points.

4° F. Hebra parle dans un cas de groupes de papules de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'une lentille ; cette simple citation suffit à démontrer que pour Hebra même, ce qui importait c'était le tableau d'ensemble et l'évolution complète, et qu'il ne se laissait pas influencer, pour le diagnostic, par quelques déviations du schème.

5° L'apparition d'ulcères qui n'étaient pas tous déterminés seulement par la pression d'os proéminents ou par une tension exagérée de la peau, a été mise en relief déjà par Hans Hebra et Kaposi.

6° Dans trois des cas qui présentaient un tableau tout à fait typique et pur du pityriasis rubra de Hebra on constata un engorgement de la plupart des ganglions lymphatiques superficiels ; ce fait n'a été signalé ni par Hebra ni par ses élèves.

7° Le prurit que Hebra a indiqué comme léger, peut dans certains cas — et Schwimmer attache une importance spéciale à ce fait, — être très vif, principalement au début de la maladie.

8° Quant au pronostic, il résulte des tableaux de l'auteur qu'il est en réalité très défavorable. (Sur 16 cas dont 8 observés jusqu'à la mort, aucun n'a guéri.)

L'auteur croit que ce serait une erreur de tirer de ce rapprochement une conclusion certaine pour le pronostic du pityriasis rubra en général. En réalité l'état de la question est encore tel en général qu'un auteur américain a pu dire en plaisantant et non sans raison qu'on ne pouvait faire le diagnostic de cette affection que quand les malades succombaient à une affection accompagnée de rougeur générale de la peau et de desquamation.

La foi en l'autorité de Hebra était souvent si grande que l'on craignait de publier des cas qui paraissaient être du pityriasis rubra mais qui n'avaient pas une terminaison fatale, dans l'appréhension de l'objection facile que ce pouvait être un eczéma généralisé.

Ce point de vue n'est pas justifié ; si l'on reconnaît au syndrome de la maladie de Hebra le droit d'exister comme maladie spéciale, il faut faire le diagnostic de cette affection, pour les cas qui présentent ce complexus de symptômes, même s'il survient une amélioration temporaire ou durable. Kaposi lui-même — à coup sur fidèle interprète des doctrines de Hebra — avoue des cas de guérison — il est vrai avec toute espèce de réserve ; Auspitz remarque qu'il existe des cas de ce genre et Neumann s'exprime quant au pronostic avec plus de prudence que Hans Hebra (qui le considère comme absolument défavorable). Le premier parle de récidives nombreuses, avouant ainsi qu'il se produit des guérisons, fussent-elles passagères ;

il est même question d'une amélioration frappante dans un cas de F. Hebra ; Schwimmer admet des cas bénins.

Dans la nature de la maladie de peau il n'y a rien qui rende impossible une restitution in integrum ; et comme nous ne savons rien quant à sa cause on ne peut à priori savoir si elle entraîne un pronostic défavorable.

Mais dans une maladie aussi rare, vouloir tirer de la statistique la conclusion qu'il est dans sa nature d'amener la mort, ce serait actuellement aller trop loin ; ce ne serait pas en concordance avec les opinions de Hebra qui donne expressément son pronostic comme provisoire.

Pour en finir avec la deuxième question, Jadassohn fait intervenir un second groupe de cas. Il s'agit ici pour la plupart de cas bénins, de modifications un peu plus importantes de la description d'Hebra, pour lesquelles le diagnostic de pityriasis rubra n'est pas absolument certain. A la liste présentée par l'auteur, on peut encore ajouter bon nombre d'observation des malades ; il n'a choisi que les plus caractéristiques pour examiner si Brocq a eu raison de former pour les cas bénins un groupe spécial (pityriasis rubra subaigu bénin). Il ne le pense pas. Les cas qui présentent le tableau du pityriasis rubra, dont les symptômes cliniques ne consistent qu'en rougeur et en desquamation, qui s'écartent de l'eczéma généralisé avant tout par la régularité de leur évolution, par l'absence complète des efflorescences eczémateuses proprement dites, ces cas doivent, selon Jadassohn, être considérés comme du pityriasis rubra, même s'ils guérissent et il n'est pas nécessaire dans la classification de signaler d'une façon spéciale qu'il y a des cas graves et des cas bénins. E. Besnier et A. Doyon se placent aussi à ce point de vue.

C'est du reste le motif principal pour lequel l'auteur n'ose, dans les cas de son deuxième tableau, faire avec certitude le diagnostic ; on pourrait même regarder comme un eczéma chronique, — d'après la description ! — le cas décrit par Brocq comme pityriasis rubra bénin. Quant à une humidité accidentelle, à des efflorescences papuleuses isolées, comme on les a observées dans ces cas douteux au point de vue du diagnostic, l'auteur a déjà appelé sur eux l'attention à propos du premier groupe. Tant que ces symptômes n'ont qu'un caractère insignifiant ou passager, — en opposition à l'évolution extraordinairement chronique et uniforme, — on ne doit pas leur reconnaître une importance essentielle pour le diagnostic.

Il faudra par contre être très prudent dans tous les cas où un véritable eczéma impétigineux humide représente le début de la maladie. Cette remarque est exacte aussi pour un des cas publiés par Hans Hebra. On sait avec quelle facilité les eczémas se généralisent, mais aussi la certitude avec laquelle Hebra range dans le pityriasis rubra un cas observé seulement pendant deux mois, montre que l'on peut aller trop loin aussi avec cette hésitation, en général justifiée; car l'auteur ne met pas en doute que Hebra a interprété judicieusement le cas cité ci-dessus, seulement il est difficile de fournir la preuve de la justesse du diagnostic dans des observations de ce genre, depuis qu'on sait qu'un eczéma qui se généralise ou une dermatite peuvent exister un certain temps sans efflorescences eczémateuses proprement dites (papules, vésicules). Ce n'est que la longue durée d'une éruption érythémato-squameuse, sans

infiltration dure et sans efflorescences, qui assurera dans ces cas le diagnostic.

Toujours est-il que provisoirement on est autorisé, comme Schwimmer le propose, à ranger les cas bénins dans le pityriasis rubra; l'auteur s'en occupera tout particulièrement, ils représentent en effet la ligne de démarcation entre cette maladie et les eczémas; car ce sont précisément ces cas qui devront amener la science à découvrir d'autres caractéristiques de la maladie de Hebra.

Si, en faisant le diagnostic, on attribue une trop grande importance à l'issue de la maladie, on peut aussi, — ce qui est arrivé — comprendre à tort dans le pityriasis rubra un cas observé pendant un trop court laps de de temps, par exemple celui d'un malade atteint d'eczéma généralisé qui succombe à une affection intercurrente.

Il reste à étudier brièvement l'état morbide que Brocq a d'une part séparé du pityriasis rubra (Hebra) et de l'autre réuni sous le nom générique de pityriasis rubra.

Jadassohn a reproduit ci-dessus la description que Brocq a donnée de la dermatite exfoliatrice généralisée de Wilson. Celui qui parcourt les observations qui forment la base de cet état morbide, arrivera certainement à cette conviction qu'il s'agit ici d'une maladie spéciale qui dévie essentiellement du pityriasis rubra proprement dit. L'apparition brusque, la généralisation rapide, la marche en somme beaucoup plus courte, plus subaiguë, la présence de phénomènes inflammatoires aigus, la chute rapide des poils, — en général aussi des ongles, — l'infiltration souvent plus forte au début, la desquamation en grandes lamelles, arrivant très brusquement et toujours en très grande quantité, enfin l'évolution d'ordinaire favorable en quelques mois —, sont des symptômes dont chacun pris isolément ne détermine pas le diagnostic, mais dont l'ensemble justifie non seulement la séparation de ces cas du pityriasis rubra, mais la rend nécessaire. Il serait à peine venu à la pensée d'un auteur allemand de publier ces observations de malades comme contributions à la théorie du pityriasis rubra de Hebra, — à l'étranger on l'a fait très souvent et c'est un des mérites de Brocq d'avoir mis fin à cette confusion.

Tandis que l'auteur regarde comme définitivement tranchée, dans le sens négatif, la question de savoir si la dermatite exfoliatrice appartient ou non au pityriasis rubra, il est par contre difficile de décider s'il faut la considérer comme une maladie spéciale.

En Allemagne, on est très disposé à regarder les cas de cette catégorie comme de l'eczéma généralisé ou de la dermatite généralisée; et on ne peut pas nier que certaines conditions signalées même par Brocq (production accidentelle de bulles, humidité plus ou moins prononcée, phénomènes inflammatoires intenses) ne viennent à l'appui de cette théorie.

Jadassohn ne croit pas que malgré cela cette opinion soit justifiée, — il faut s'en tenir ici, comme avec tout état morbide nouveau, non aux cas douteux, mais aux cas typiques, et ceux-ci se distinguent de l'eczéma : par l'absence d'efflorescences isolées, — malgré l'expansion aiguë de l'exanthème, — par la rapidité de l'apparition de la desquamation, — avec persistance de phénomènes inflammatoires récents, tandis que l'eczéma n'arrive à la

période de desquamation qu'après la disparition de l'inflammation — par les troubles souvent graves et persistants de l'état général (qui dans l'eczéma à marche chronique, même généralisé, n'existent que très rarement à ce degré), par l'absence de prurit intense, par la nature spéciale et l'abondance de la desquamation, enfin par la chute précoce des ongles et avant tout aussi des poils, qui est rare même dans l'eczéma chronique.

De quelle nature est cette maladie spéciale dont on n'a pas encore publié, chose étrange, un seul cas en Allemagne? L'accord de Jadassohn avec Brocq n'existe qu'en ce qui concerne la maladie désignée récemment par ce dernier auteur sous le nom de forme subaiguë de la dermatite exfoliatrice.

Il n'en est provisoirement pas de même par rapport à une deuxième variété chronique; le cas que Brocq a publié comme exemple de cette variété s'éloigne trop, dans toute son évolution, de la dermatite exfoliatrice proprement dite pour qu'on puisse l'identifier avec elle ou même la désigner comme une forme de cette affection.

On ne saurait décider d'après la seule description s'il s'agit d'un eczéma chronique, particulièrement tenace (ce qu'indiquerait le début), ou d'un pityriasis rubra (Hebra) en voie de guérison.

Parmi les autres maladies de la peau rangées par Brocq dans le pityriasis rubra, l'auteur ne connaît pas son pityriasis rubra chronique bénin. Brocq même n'en a observé que deux cas ; mais comme il survient avec de petites efflorescences quasi-papuleuses regardées comme typiques, l'auteur croit qu'il faut le séparer déjà pour ce motif de la maladie de Hebra caractérisée par l'absence d'efflorescences.

L'érythème desquamatif récidivant présente d'une part un certain nombre d'analogies avec la dermatite exfoliatrice généralisée. — Brocq l'a désigné dernièrement comme la forme aiguë de cette affection. — Mais d'autre part cette auteur suppose qu'il s'agissait dans beaucoup de ces cas d'exanthèmes médicamenteux (après usage interne ou externe ?). Quoi qu'il en soit, il y a lieu de séparer complètement du pityriasis rubra (Hebra) cette maladie qui survient avec de la fièvre et une rougeur scarlatiniforme diffuse intense, amenant très rapidement une desquamation abondante ; mais qui guérit définitivement dans l'espace de 2 à 6 semaines. Brocq, a pour la première fois dans son nouvel ouvrage, rangé dans le pityriasis rubra (dans le sens le plus étendu) la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés de Ritter de Rittershain.

Il ressort de la description de Ritter qu'il s'agit ici d'une dermatose à marche aiguë, souvent compliquée d'eczéma et de bulles, — probablement d'origine infectieuse — qu'il faut, à cause de son apparition exclusive chez des nouveau-nés, séparer étroitement de tout le groupe.

Enfin Jadassohn s'élève contre la nomenclature et les groupes choisis par Brocq, ces points ont une grande importance pour reconnaître et apprécier les affections rares de la peau dont il est ici question.

De nombreuses erreurs et confusions peuvent résulter de ce que Brocq conserve le nom de pityriasis rubra pour des groupes comptant sept maladies ou variétés de maladies et désigne, dans ses groupes, quelques formes spéciales du même nom (accompagné d'épithètes), d'autres avec des dénominations différentes.

Cet auteur a lui-même signalé un grand nombre d'erreurs de ce genre. Si l'on a reconnu par exemple dans les cas décrits comme dermatite exfoliatrice qu'il s'agit d'une maladie à marche tout à fait différente de celle du pityriasis rubra, il importe de distinguer complètement les deux formes, de réserver le nom de pityriasis rubra pour l'état morbide décrit en premier lieu par Hebra d'une façon nette et précise.

E. Besnier et A. Doyon ont choisi pour le groupe tout entier le nom qui ne préjuge rien d'érythrodermies exfoliantes et distinguent des formes secondaires et primaires, — parmi les dernières l'érythème desquamatif scarlatiniforme et la dermatite exfoliatrice, ainsi qu'un certain nombre de maladies qui sont encore tout à fait vagues. Voir l'original.

En résumé :

1° On ne peut mettre en doute l'existence et l'indépendance du processus morbide décrit par Hebra et désigné sous le nom de pityriasis rubra. Outre les observations de l'École de Vienne il y a encore un nombre, peu important il est vrai, de cas indiscutables.

2° Depuis la première publication de Hebra, du pityriasis rubra a été élargi et modifié plus ou moins complètement : le pronostic n'est plus absolument mauvais ; on voit survenir des améliorations, des guérisons apparentes et complètes ; la desquamation, le prurit, l'infiltration peuvent varier dans des limites plus considérables, qu'on ne l'admettait d'après la description de Hebra.

3° Les cas décrits comme pityriasis rubra, publiés en Amérique et en Angleterre, n'appartiennent que pour le plus petit nombre à cette maladie. Quelques-uns d'entre eux, ainsi que des observations publiées par des auteurs français, peuvent, d'après la proposition de Brocq, être regardés comme une maladie spéciale : dermatite exfoliatrice généralisée, qui n'a de commun avec le pityriasis rubra que la rougeur et la desquamation générales.

D'autres cas, désignés comme secondaires, ne doivent être considérés que comme des variétés d'autres maladies de la peau qui se sont généralisées (eczéma, psoriasis, lichen ruber), d'autres encore comme des exanthèmes consécutifs à l'usage interne ou externe de l'arsenic.

L'existence indépendante d'un érythème desquamatif récidivant n'est pas prouvée d'une manière certaine ; il n'est pas nécessaire de séparer davantage le pityriasis rubra bénin subaigu et la dermatite exfoliatrice chronique.

III. — Observations personnelles

L'auteur a observé à la clinique dermatologique de Breslau trois cas qu'on pouvait diagnostiquer comme pityriasis rubra (Hebra), deux avec certitude et le troisième avec une grande vraisemblance.

I. — A. S..., né en 1863, domestique, entre à la clinique le 12 juillet 1887 ; depuis mars de la même année il aurait été sérieusement malade, toutefois il a remarqué auparavant de la rougeur et du prurit de la peau.

En mars, éruption bulleuse, fièvre, mauvais état général, desquamation abondante; sensation insupportable de tension de la peau. Rien du côté de

la famille (notamment pas de maladies tuberculeuses) ; un de ses plus jeunes frères aurait eu, à l'âge de quatre ans, une affection semblable de la peau et serait mort au bout de trois jours.

Au moment de son admission l'état est le suivant : le malade est faible et amaigri, les muscles minces et très flasques.

La peau dans les parties supérieures est claire, sur toutes les régions déclives rouge livide ; partout elle est recouverte de squames, très minces sur le tronc et les membres supérieurs, la plupart petites (semblables à du son ou en petites lamelles), en quelques points aussi de la dimension d'une pièce de 50 centimes, soulevées sur les bords et adhérentes au centre, mais partout faciles à détacher. Sur les membres inférieurs, outre de grandes lamelles cornées minces, il existe des masses isolées un peu plus épaisses, plus analogues à des croûtes ; si, aux pieds, on détache ces masses, légère hémorrhagie en quelques points, — partout ailleurs la peau, une fois nettoyée, est complètement sèche.

Après l'enlèvement des squames la rougeur de la peau est beaucoup plus accusée ; la pression du doigt laisse après elle une légère teinte jaunâtre.

La peau est presque partout très tendue, brillante et mince, la tension est plus marquée à la face et sur les membres que sur le tronc ; elle est surtout très considérable aux mains ; les doigts sont demi-fléchis, leurs mouvements très limités. La face est parsemée de squames minces et petites ; la rétraction de la peau lui donne un caractère tout à fait spécial ; léger ectropion des paupières inférieures, conjonctives injectées, plis normaux de la peau effacés, lèvres très minces, commissures buccales un peu tirées en bas et en dehors — le malade ne peut ouvrir la bouche qu'avec peine et d'une manière incomplète.

La face est entièrement glabre ; quelques rares bouquets de cheveux sur le cuir chevelu qui est recouvert de très fines squames ; dans le creux des aisselles et sur le pubis quelques poils isolés, — le reste du corps en est complètement indemne. Les ongles des doigts sont amincis, avec sillons longitudinaux, ceux des orteils sains.

Quelques crevasses transversales superficielles sur la face dorsale des mains.

Au niveau de l'épine iliaque droite postérieure et supérieure, ulcère de décubitus superficiel, de la dimension d'une pièce de 50 centimes ; deux autres semblables sur le sacrum. Ni bulles, ni papules, ni autres efflorescences. Rien du côté des organes internes, si ce n'est un léger catarrhe bronchique. Pas de troubles de la sensibilité. Prurit modéré, pas de lésions de grattage ; sensation de forte tension et vif sentiment de froid. Desquamation très abondante.

Le lendemain de son entrée on donne au malade un bain à 30° R. de plusieurs heures de durée ; il s'y trouve très bien, les jours suivants la peau est plus molle ; peu après nouvelle et très abondante desquamation.

Jusqu'au 18 juillet, bain presque continu, liqueur de Fowler ; ce jour-là le malade se plaint subitement de vives douleurs dans le côté gauche de la poitrine, toux, frissons, temp. vespérale 39°,2.

A la percussion et à l'auscultation on trouve tous les signes d'une pleurésie exsudative. La pleurésie eut d'abord une marche très favorable ; la

fièvre intense ne persista que peu de jours. Le 10 août, il y avait toujours une matité assez étendue ; quelques râles diffus. Pas de bacilles tuberculeux. Dans le creux des aisselles, abcès superficiels ayant leur point de départ dans les glandes de la peau.

Symptômes subjectifs de nouveau très satisfaisants. Appétit très bon. Pendant ce temps on avait appliqué sur la peau différentes pommades, mais dès qu'on les cessait, la desquamation et la tension de la peau revenaient comme avant.

Le 15 août on constate une croissance un peu plus abondante des cheveux. Malgré une alimentation très fortifiante le malade, à la fin du mois d'août, n'avait augmenté que de 4 kilogr.

Le 2 septembre sur la paume des deux mains on voyait un grand nombre de taches blanchâtres, confluentes, petites, non proéminentes ; une piqûre très superficielle en faisait sortir une très faible quantité d'un liquide blanc, trouble, contenant peu de corpuscules de pus et beaucoup de détritus.

Le jour suivant, après un bain, cet état singulier avait entièrement disparu.

Le 15 septembre on note l'état suivant :

Quand le malade reste quelques heures hors du bain ou sans être enduit de graisse, toute la peau est rouge foncé, très tendue ; cette tension est, principalement au niveau des saillies osseuses, si prononcée qu'en ces points la peau est pâle, mince et atrophiée. A la paume des mains et à la plante des pieds les changements sont insignifiants. La desquamation commence très rapidement et toujours avec les mêmes caractères. Pas d'humidité. Les ulcères de décubitus sont guéris ; les cheveux, les poils du pubis sont un peu plus abondants.

La faiblesse et l'amaigrissement sont plus considérables ; les phénomènes pleurétiques ont disparu ; les râles bronchiques diffus sont plus abondants. Les ganglions cubitaux, axillaires, cervicaux et inguinaux sont engorgés, durs, non sensibles. L'examen du sang ne révèle pas d'altération. Le soir, élévation légère de la température. Le traitement consiste, outre l'arsenic, en acide phénique et ichtyol. Malgré cette médication interne et les applications externes les plus variées, l'état reste le même jusqu'au 16 octobre. Ascite et hydrothorax léger ; le malade succombe assez subitement.

La *nécropsie* permet d'établir le diagnostic anatomique suivant : pityriasis rubra. Anémie et atrophie généralisée. Tuberculose du poumon, de la rate, du foie. Ulcères tuberculeux de la région iliaque.

II. — K. H..., 59 ans, paysanne, admise à la clinique le 2 juin 1891. Cette malade a toujours été bien portante et robuste. Mariée, elle a eu 8 enfants dont 4 morts dans la première enfance ; son mari serait bien portant. Elle a toute sa vie beaucoup travaillé. Pas de tuberculose dans la famille.

La maladie de la peau remonte à quatre ans, elle aurait commencé par de la rougeur et une abondante desquamation farineuse sur le cuir chevelu, laquelle aurait gagné la face, prurit intense. Plus tard sont survenues sur les jambes des plaques rouges légèrement saillantes qui devinrent bientôt confluentes et envahirent la plus grande partie des membres infé-

rieurs. Grattage, à la suite il serait survenu un peu d'humidité dans la région des tibias. En même temps rougeur et desquamation sur le thorax, à cette époque elle aurait éprouvé fréquemment des frissons. La peau des cuisses, de l'abdomen et du dos a été atteinte en dernier lieu.

État actuel — Malade robuste, mais très maigre; elle se plaint surtout d'une sensation très vive de froid et d'un violent prurit.

Toute la peau est recouverte de squames blanchâtres, brillantes, la plupart minces, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, peu adhérentes ; sur le cuir chevelu défurfuration. La peau sous-jacente est sèche, très rouge, légèrement et superficiellement infiltrée : l'infiltration est surtout prononcée aux bras et aux jambes. La peau de la face est fortement tendue ; léger ectropion de la paupière inférieure.

Les cheveux sont minces, les poils des aisselles et du pubis manquent entièrement ; les ongles des doigts et des orteils normaux ; nulle part d'efflorescences ni d'humidité.

Rien du côté des organes internes.

Les ganglions cubitaux, cervicaux, axillaires et inguinaux sont engorgés, durs, indolents. Ceux de la nuque sont également tuméfiés. L'application de pommades fait disparaître la rougeur et la desquamation, mais reviennent peu après la cessation du traitement interne et externe. En somme pendant le séjour à l'hôpital de cette malade les forces ont augmenté, les malaises sont moindres, mais le prurit est par moment toujours vif.

13 juin. On excise un des ganglions du côté gauche du thorax et un fragment de peau.

28 octobre 1890. La malade qui avait quitté l'hôpital quatre mois auparavant se présenta de nouveau à la clinique. Pendant tout ce temps elle avait continué les onctions avec des corps gras.

L'état général est meilleur, la peau est molle, à peine rouge et en défurfuration très superficielle ; sur le côté droit du thorax une plaque un peu plus rouge et avec desquamation plus abondante. La tension de la peau avait disparu.

L'état des ganglions était toujours le même.

Dans le ganglion excisé l'auteur trouva les caractères histologiques d'une tuberculose à marche très chronique et des bacilles tuberculeux isolés.

12 décembre 1890. La malade vient de nouveau à Breslau. La peau et les ganglions sont toujours dans le même état. Personne à ce moment n'aurait pu faire le diagnostic de pityriasis rubra.

Rien du côté des poumons. Pour la première fois albumine dans l'urine (1 0/00 d'après Esbach) ; proportion considérable de cylindres hyalins et granulés. La quantité d'albumine est très variable.

15. Injection de tuberculine (1 milligr.). La température s'éleva de 1°,3. Violente céphalée. Pas de tuméfaction évidente ou caractéristique des ganglions engorgés, ni de sensibilité spéciale.

19. Deuxième injection (3 milligr.), elle ne détermine rien d'appréciable. Céphalée.

24. Troisième injection (5 milligr.). Un ganglion au niveau de l'angle sous-maxillaire gauche, mais principalement un ganglion axillaire du côté droit, augmentent un peu de volume et sont très sensibles au toucher.

Une quatrième (10 milligr.), et une cinquième injection (30 milligr.) ne déterminent rien du côté des ganglions.

Une sixième injection (50 milligr.) provoque de nouveau une tuméfaction des deux ganglions indiqués ci-dessus.

Septième injection (75 milligr.). Les mêmes phénomènes locaux se produisent dans les ganglions.

Enfin (8 janvier 1891) une neuvième injection (100 milligr.) ne détermine aucune modification locale.

Pendant ce séjour à l'hôpital une récidive de la maladie de la peau était survenue ; elle n'avait du reste jamais disparu. Il se produisit, notamment sur les parties latérales de la face et sur le front, un certain nombre de plaques qui devinrent confluentes. Elles étaient nettement limitées, de forme arrondie un peu irrégulière et d'un rouge intense. La peau adjacente était peu ou pas du tout épaissie et se recouvrit très rapidement de squamules blanchâtres.

Au début, ces plaques devinrent très prurigineuses. Mais bientôt après la sensation de prurit cessa, la rougeur et la desquamation s'étendirent au cou.

Malheureusement l'auteur n'a pu observer plus longtemps cette malade.

III. — M. H..., veuve d'un boulanger, 63 ans, admise à l'hôpital le 6 août 1889. Elle a toujours été d'une bonne santé et n'a jamais eu de maladie de peau.

Son affection actuelle date de la Noël 1888. Pas de cause appréciable. Au début les oreilles se tuméfièrent et desquamèrent abondamment ; la maladie s'étendit ensuite à la tête, à la poitrine, au creux des aisselles, puis à la région inguinale, à l'abdomen et au dos ; les membres et principalement les mains auraient été alors très tuméfiés. Toutes ces régions devinrent très rapidement le siège de desquamation.

Chute des cheveux, le cuir chevelu est aussi envahi.

État actuel. — Femme petite, faible ; muscles mous et minces, pannicule graisseux peu prononcé.

Tout le corps est recouvert de squames peu adhérentes, lamelleuses ou pityriasiformes, de dimensions et de formes variables. La peau sous-jacente est rouge diffus ; elle est presque partout légèrement infiltrée, tendue et brillante. Aux mains, la tuméfaction est particulièrement accusée, aussi les mouvements sont-ils difficiles. A la face, tension très forte, les plis sont effacés ; léger ectropion de la paupière inférieure.

Sur les portions inférieures du dos, de l'abdomen, les surfaces de flexion des cuisses et au niveau des genoux la rougeur n'est pas diffuse, en quelques points il existe des îlots de peau normale. Sur les jambes et le dos des pieds rougeur diffuse.

Les poils du pubis, du creux des aisselles et des sourcils manquent presque entièrement. Ongles normaux.

Sensation de prurit, de tension de la peau de la face et des mains et frissons à chaque abaissement de température.

Poumon gauche, à la partie postérieure et supérieure, bruits bronchiques et respiration vésiculaire augmentée. Percussion normale.

Organes internes sains ; les ganglions superficiels n'ont pas augmenté de volume. Les squames ont disparu sous l'influence d'une pommade au bismuth et de bains d'hypermanganate de potasse ; la peau reste rouge et tendue, dès qu'on cesse le traitement les squames réapparaissent.

La température présente le type d'une fièvre rémittente, sans que les phénomènes bronchiques et la maladie de la peau paraissent avoir de l'influence sur l'état fébrile. État général très variable, sans qu'un changement dans les symptômes cutanés ou des exacerbations de la bronchite paraissent justifier cette variabilité.

Traitements internes et médications externes ne donnent pas de résultat. Seulement les oreilles, à la suite d'applications ayant provoqué une vive irritation, ont présenté à plusieurs reprises des traces d'humidité. D'ailleurs pendant tout le cours de la maladie jamais d'humidité, ni l'indice d'efflorescences. A chaque suspension de traitement il survenait très rapidement, principalement à la tête, au cou et à la poitrine, une très abondante desquamation,

Vers la fin d'octobre, amélioration graduelle de tous les symptômes. (La malade prenait alors du thiol à l'intérieur et faisait des onctions avec une pommade contenant également du thiol.)

La malade quitte l'hôpital le 16 décembre, améliorée, après un séjour de quatre mois. La peau était encore en quelques points rouge et ne desquamait très abondamment que sur le cuir chevelu; état général très amélioré, plus de fièvre.

En juillet 1890, la malade se présenta de nouveau étant définitivement guérie. Peau tout à fait normale; les cheveux sont abondants, les poils ne repoussent qu'en petit nombre.

Pour le premier cas l'auteur arrive par exclusion au diagnostic de pityriasis rubra (d'Hebra). (Ce cas se distingue de la dermatite exfoliatrice (Wilson-Brocq) par la légère infiltration, la desquamation qui en général ne présente pas de si grandes lamelles, la conservation des ongles, enfin la marche.)

Voici les motifs sur lesquels il se fonde :

1° La marche relativement très rapide.

2° La tuberculose des organes internes.

3° Les lésions tuberculeuses des ganglions lymphatiques superficiels.

L'interprétation du second cas est plus difficile ; au premier abord tous les symptômes analogues à ceux du premier malade paraissaient justifier aussi, dans ce cas, le diagnostic de pityriasis rubra. Mais la marche déviait de celle que beaucoup d'auteurs regardent comme typique pour cette affection : d'abord, pendant le traitement et en dehors de l'hôpital, il se produisit une si grande amélioration dans l'état de la malade, que l'on pouvait penser à une guérison complète, bien que le cuir chevelu fût encore rouge et en desquamation.

L'observation ultérieure montra qu'on s'était trompé. En effet pendant son second séjour à la clinique on eut l'occasion rare de voir une nouvelle poussée de l'affection, ce qui permit de faire d'une manière positive le diagnostic de pityriasis rubra.

Mais l'interprétation du troisième cas est plus difficile encore. L'impres-

sion d'ensemble était ici aussi presque décisive ; et après ce que l'auteur a dit au sujet de l'importance de la terminaison du pityriasis rubra au point de vue du diagnostic et après ce que lui avait appris son deuxième cas, il ne pouvait découvrir dans la guérison de cette malade aucune raison en opposition avec le diagnostic de pityriasis rubra. (Il est vrai que depuis il n'a plus eu de nouvelles de cette malade.)

Toutefois il résulte de ces cas :

1° Le pityriasis rubra typique peut dans un laps de temps relativement court déterminer des modifications considérables de la peau.

2° Il peut présenter des rémissions presque complètes ou tout à fait complètes, puis récidiver sous la forme spéciale.

3° Dans les deux cas où le diagnostic de pityriasis rubra était tout à fait sûr, la maladie de la peau était compliquée de tuberculose de ganglions lymphatiques superficiels, en outre dans le premier de tuberculose des organes internes.

IV. — *Rapports du pityriasis rubra avec la tuberculose.* — Quelques auteurs avaient déjà remarqué que parmi les malades morts de pityriasis rubra beaucoup avaient été atteints de tuberculose ou même avaient succombé à la suite de maladies tuberculeuses. Kaposi se borne à signaler que les malades atteints de pityriasis rubra, observés par lui et Hebra, ont fini par mourir de marasme avec ou sans pneumonie (?) concomitante, de diarrhée, de tuberculose. Rienecker insiste tout particulièrement sur la fréquence de la tuberculose et Cahn croit que tous les malades atteints de pityriasis rubra sont devenus tuberculeux, toutefois il ne donne pas de preuve de cette assertion.

Parmi les 16 cas de pityriasis rubra dont le diagnostic est certain, 9 ont été observés jusqu'à la mort ; on a fait la nécropsie dans 7 de ces cas et dans 6 on a trouvé des lésions tuberculeuses récentes ou anciennes.

Avec les deux cas de l'auteur, soit en tout 18 cas de pityriasis rubra on a constaté 8 fois la tuberculose avec certitude, 1 à 2 fois elle était vraisemblable et dans 8 à 9 cas il n'y avait pas de point de repère dans cette direction.

Il résulte des faits que, au moins 7/10 des individus morts de pityriasis rubra, 44 0/0 de ceux où le diagnostic était certain étaient en même temps atteints de tuberculose.

Dans le premier cas, que Jadassohn a observé, il ne s'agissait pas d'une tuberculose miliaire étendue et généralisée, dans laquelle tous les organes et par conséquent les ganglions lymphatiques superficiels peuvent être parsemés de tubercules ; aussi en dehors des poumons il y avait quelques tubercules isolés dans l'intestin, la rate et le foie.

Dans ce cas la tuberculose des ganglions superficiels ne pouvait qu'être accidentelle. Dans le second, qui cliniquement ne présentait aucun signe de tuberculose, l'auteur trouva des bacilles tuberculeux dans une des glandes qu'il avait extirpée.

Macroscopiquement, ce ganglion ressemblait à ceux du premier malade, surtout par la pigmentation, en outre il y avait dans le tissu gris rougeâtre quelques petites nodosités blanchâtres.

L'examen histologique rencontra dans cette préparation de nombreuses difficultés ; mais elle a donné des résultats intéressants que l'auteur expose ensuite en détail.

Cet examen histologique lui a permis, après des recherches très minutieuses faites sur un grand nombre de coupes, de trouver et d'étudier cinq à six bacilles tuberculeux typiques, deux de ces bacilles étaient dans les zones périphériques des nodosités tandis que les autres n'étaient pas dans des rapports déterminés avec ces nodosités.

En dehors des bacilles, il était intéressant d'étudier les lésions histologiques du ganglion qui ne correspondaient pas à celles que l'on rencontre habituellement dans la tuberculose ganglionnaire de l'homme.

En premier lieu on ne trouvait ni cellules géantes ni caséification, ceci avait déjà été constaté par Arnold dans des ganglions regardés comme tuberculeux. Si l'on compare la description de Baumgarten en ce qui concerne le développement de la tuberculose ganglionnaire après des inoculations aux animaux avec ce que l'auteur a trouvé, on reconnaîtra les grandes analogies qui existent entre les deux ; seulement Baumgarten a rencontré dans ses préparations de très nombreux bacilles, tandis que dans le cas actuel ils étaient très rares, comme en général dans la tuberculose chronique (peau et ganglions).

Cette différence explique sans doute aussi les divergences qui existent entre la description de Baumgarten et celle de Jadassohn ; ces divergences reposent uniquement sur le développement ultérieur des tubercules ; dans le premier cas sous l'influence prolongée de masses abondantes de bacilles : progrès plus rapide des cellules géantes, caséification, immigration de leucocytes ; dans le second, durée extraordinairement longue d'une période très précoce de développement.

On sait que le nombre — et peut-être aussi la virulence — des bacilles tuberculeux détermine la nature anatomique de leurs produits pathologiques. Ainsi on trouve dans les ganglions tuberculeux qu'on observe dans le lupus, — correspondant à ce qu'on trouve dans le lupus même — très peu ou pas de caséification mais des cellules épithélioïdes et géantes en grand nombre. Ces dernières se forment en général partout où la multiplication des bacilles tuberculeux est faible.

L'action du liquide de Koch confirmerait ou aurait confirmé le diagnostic de tuberculose, si cela était nécessaire.

Trois questions s'imposent à présent :

1° Les observations de l'auteur sont-elles dues à un simple hasard — et ce même hasard a-t-il présidé aux cas analogues qui existent dans la science ?

2° La tuberculose en général, et la tuberculose ganglionnaire en particulier, est-elle une complication qui est favorisée par l'existence du pityriasis rubra, ou bien au contraire les tuberculeux sont-ils particulièrement prédisposés à cette affection ?

3° Ou bien existe-t-il un rapport intime régulier entre les deux maladies ?

A la première de ces questions l'auteur croit pouvoir répondre par la négative.

Quand, dans une maladie très rare, deux cas présentent une complication qui constitue à son tour par elle-même une affection rare et quand la science ne donne pas de point de repère pour la fréquence de cette complication, on ne peut pas s'empêcher de voir là plus qu'un simple hasard.

Or la tuberculose des ganglions lymphatiques superficiels dans diverses régions du corps n'est pas un phénomène fréquent. On a jusqu'à présent très rarement observé la tuberculose primaire des ganglions périphériques.

La lymphadénite tuberculeuse multiple en différentes régions est un phénomène très extraordinaire, elle appartient certainement au domaine de la tuberculose latente et en même temps à la tuberculose miliaire chronique.

L'auteur voudrait encore signaler ici deux points qui lui paraissent démontrer que les faits rassemblés par lui ne sont pas isolés. D'abord avec les injections de Koch on a pu constater que chez les tuberculeux, ainsi que chez les sujets sains en apparence, il se produisait une réaction locale dans les ganglions lymphatiques qui, au premier abord, ne paraissaient pas malades.

Les cas de l'auteur ne concernaient, il est vrai, que les ganglions axillaires et (dans un cas) les ganglions supraclaviculaires (il ne parle pas d'engorgements incontestablement régionnaires des ganglions) ; il est donc permis de supposer qu'il existait ici une maladie également régionnaire des ganglions (ayant son point de départ dans le poumon).

L'auteur rappelle ensuite les recherches récentes des auteurs français, lesquelles prouvent que les engorgements nombreux et souvent très insignifiants même des ganglions inguinaux et axillaires (non uniquement des ganglions cervicaux), tels qu'on les observe si fréquemment chez les enfants scrofuleux, peuvent provenir en réalité d'une altération tuberculeuse spécifique de ces ganglions. Marinescu et avant lui Legroux avaient fait cette démonstration.

Quant à la deuxième question il est beaucoup plus difficile d'y répondre. Qu'une maladie grave et prolongée de la peau, comme beaucoup de processus d'émaciation, puisse prédisposer l'organisme à la tuberculose, c'est là une théorie vraie exposée dans ces termes généraux. Mais elle ne concorde pas absolument avec ce qu'a observé l'auteur, notamment chez sa deuxième malade.

Il faudrait encore émettre une seconde hypothèse, à savoir que les ganglions de la peau (par suite de l'état inflammatoire simple subsistant en raison de la maladie de la peau) seraient un *locus minoris résistentiæ* pour la tuberculose.

Cette hypothèse est peu vraisemblable. Tout aussi invraisemblable est l'hypothèse contraire que les tuberculeux auraient une prédisposition particulière pour le pityriasis rubra.

En présence de l'impossibilité d'expliquer la fréquence de la complication décrite par l'auteur, il est certain qu'il ne saurait être question d'un rapport intime rationnel entre les deux affections — tuberculose et pityriasis rubra.

V. — *Examen histologique de la peau dans le pityriasis rubra.* — Après un exposé succinct des travaux qui ont été publiés sur cette ques-

tion l'auteur relate les recherches qu'il a faites sur des fragments de peau excisés sur les deux premières malades, en voici le résumé :

1° Légère infiltration de cellules rondes, surtout évidente dans le corps papillaire et dans le stratum sous-papillaire, elle se présente en général sous forme de petits foyers (en connexion avec les vaisseaux) ;

2° Multiplication des noyaux des cellules fixes de tissu conjonctif, laquelle diminue à mesure qu'on s'éloigne de l'épiderme, ainsi qu'on l'observe dans tous les états hyperhémiques chroniques.

3° Contenu très abondant (notamment dans le premier cas) de *Mastzellen*, surtout dans le corps papillaire et autour des glandes sudoripares; on ne les a pas encore rencontrées dans le pityriasis rubra, mais elles sont très multipliées dans tous les états d'irritation de la peau, parfois à un degré tout à fait extraordinaire.

4° Très forte accumulation de pigment jaune et brunâtre pénétrant en partie un peu plus profondément dans le derme ;

5° Prolifération exceptionnellement abondante des cellules du réseau constatée par la présence de nombreuses mitoses ;

6° Amincissement du réseau dans le cas le plus avancé ;

7° Envahissement du réseau par des leucocytes émigrés, un peu prononcé seulement en quelques points ;

8° Diminution presque générale du stratum granuleux, en quelques points, il manque presque complètement ou tout à fait.

9° Soulèvement de la couche cornée sous forme de lamelles dans lesquelles il y a encore des noyaux colorables.

VI. — *Nature du pityriasis rubra.* — (*Etiologie. Classification. Analyse des symptômes. Remarques sur la desquamation*). — Selon Fleischmann, le pityriasis rubra serait un processus trophonerveux ; Auspitz parle de troubles trophiques généraux ; Elsenberg pense qu'il s'agit d'une maladie infectieuse ; enfin Unna, s'appuyant sur ses recherches cliniques, a décrit le pityriasis rubra comme étant dans beaucoup de cas la terminaison, l'extension généralisée de son eczéma séborrhéique. Aucune de ces hypothèses n'est satisfaisante et on est encore obligé de s'en tenir à l'opinion de F. Hebra, à savoir que la cause du pityriasis rubra est inconnue.

Il est donc utile d'analyser les symptômes cliniques et les données histologiques, et, en les comparant à d'autres dermatoses, de pénétrer un peu plus avant dans la nature de la maladie et d'étudier ainsi ses rapports avec les affections qui s'en rapprochent ainsi que sa place dans la classification.

Les symptômes principaux du pityriasis rubra sont :

1° La rougeur.

2° La desquamation.

3° La rétraction graduelle de la peau (et ses conséquences : rhagades, ulcères par décubitus, etc.).

4° Le trouble profond de la nutrition qui s'accentue peu à peu.

5° Les symptômes subjectifs (prurit, sensation de froid, tension.

Parmi ces derniers symptômes, le plus intéressant est la sensibilité excessive contre tout refroidissement, même le plus léger, qu'accusent les

sujets atteints de pityriasis rubra. Mais ce symptôme n'est pas spécial à cette affection, l'auteur l'a observé tout récemment chez un malade affecté d'un psoriasis généralisé et compliqué d'irritation eczémateuse.

Symptômes propres du pityriasis rubra. — Unna a récemment repris les théories d'Auspitz mais en les modifiant d'une manière essentielle. On sait qu'Auspitz entendait par kératonoses des anomalies de croissance de l'épiderme qui se traduisent principalement sous la forme d'une anomalie du processus de kératinisation de l'épiderme. Il n'avait pas attaché une grande importance à la subdivision en hyperkératoses, parakératoses et kératolyses, car selon lui toutes ces formes ont quelque chose de paratypique. Unna, avec raison, a laissé de côté cette division artificielle et a choisi le terme générique de parakératoses.

Alors qu'Auspitz oppose nettement ses épidermoses aux affections inflammatoires, Unna supprime ce contraste en désignant ses parakératoses comme des catarrhes secs de la peau et en n'admettant que des différences quantitatives dans la réaction inflammatoire du derme, pour différencier ces catarrhes secs de la peau des catarrhes humides. Il en résulte donc que pour lui la même maladie, tant qu'elle est sèche, rentre dans le premier groupe, et quand l'humidité commence, dans le second. Il est évident qu'ainsi les parakératoses perdent toute spécificité.

L'auteur ne croit pas non plus que la notion des kératoses puisse se soutenir, telle qu'Auspitz l'a établie.

Jadassohn pense que pour étudier la pathologie générale des maladies de la peau il serait utile d'admettre que le corps papillaire et l'épiderme sont dans le même rapport que le tissu interstitiel et les cellules spécifiques des organes dits parenchymateux, l'épiderme est le parenchyme de l'organe de la peau étendu en surface. Kromeyer a récemment établi sur cette donnée une nouvelle division anatomique de la peau. On a fait ressortir que les modifications de l'épiderme et du corps papillaire ne saurait être indépendantes l'une de l'autre, ces deux couches étant très étroitement unies l'une à l'autre.

Auspitz, tout en pensant à l'influence des troubles de nutrition dans le corps papillaire sur l'épithélium, n'a pas vu avec la même précision l'importance du processus contraire (à savoir l'action des processus pathologiques dans l'épiderme sur le corps papillaire, abstraction faite de la modification de forme. Ce n'est que de cette manière qu'on peut expliquer son opposition à l'existence de troubles inflammatoires dans ses parakératoses, ou qu'il les considérait comme secondaires ou accidentels. C'est ainsi encore qu'on peut comprendre que, au contraire, non seulement Hebra mais Kaposi aient absolument repoussé les épidermidoses dans le sens d'Auspitz, parce qu'ils trouvaient de nombreux signes d'inflammation et qu'ils étaient habitués à les regarder comme le symptôme primaire et décisif pour les modifications pathologiques de l'épiderme.

Hebra et les auteurs qui avec lui ont regardé le pityriasis rubra comme une maladie inflammatoire, n'ont naturellement pas tenu compte de la rougeur. Auspitz qui niait le caractère inflammatoire expliquait la rougeur de la base par un processus atrophique des couches jeunes de l'épiderme et la transparence de la couche papillaire par l'amincissement des couches cellulaires épidermiques.

Mais Jadassohn, dans ses recherches histologiques sur le pityriasis a pu constater la présence de nombreuses mitoses, même dans les périodes tardives de la maladie, et démontrer ainsi qu'on ne saurait accepter l'hypothèse de Rienecker et d'Auspitz, qui regardait l'état cachectique et atrophique de la peau comme le point de départ de cette affection. L'amincissement du réseau ne saurait être un argument en faveur de cette opinion, car il peut être occasionné par l'augmentation de l'exfoliation des lamelles cornées pendant la prolifération persistante des cellules du réseau.

Dans les dermatoses squameuses où les processus inflammatoires jouent un rôle, on sait que la kératohyaline du stratum granuleux est en grande partie ou complètement détruite, et il y a dans les lamelles des squames des noyaux colorables souvent visibles.

Jadassohn a pu constater ces faits dans le pityriasis rubra. La kératohyaline était partout très rare dans les cas où il y avait en grand nombre des noyaux colorables dans le stratum corné : et dans ceux où ces noyaux étaient très peu formés, la proportion de kératohyaline paraissait augmenter.

Quant au troisième symptôme principal du pityriasis rubra, à la rétraction et à l'amincissement de la peau on trouve de nombreuses analogies dans le domaine des maladies inflammatoires de la peau, principalement chroniques, mais on n'est pas à même de les expliquer d'une manière exacte. Selon l'auteur, cette rétraction graduelle démontre que les troubles de circulation dans le corps papillaire sont réellement de nature inflammatoire. Il ne saurait être question d'une atrophie par pression des masses squameuses — elles sont du reste beaucoup trop minces et trop lâches.

Jadassohn résume comme il suit ces explications qui selon lui, en bien des points ont le défaut d'être trop théoriques :

1° Le pityriasis rubra, dont l'étiologie est inconnue, appartient d'après les données cliniques et anatomiques aux maladies primaires de l'épiderme avec phénomènes inflammatoires secondaires dans le corps papillaire.

2° Il est impossible de le regarder, ainsi que le voulaient Auspitz et Rienecker, comme un processus cachectique de la peau.

3° Parmi ses symptômes, la rougeur et la rétraction de la peau sont le résultat immédiat des phénomènes iuflammatoires.

4° La desquamation est en première ligne provoquée par l'augmentation de la prolifération des cellules du réseau et par leur développement incomplet. Le substratum anatomique de ce processus de desquamation ne le différencie en rien des autres desquamations accompagnées d'hyperhémie.

VII. — *Transport du pigment hors de la peau* (*dans le pityriasis rubra et les eczémas*). — L'auteur a indiqué à plusieurs reprises qu'il existe dans le pityriasis rubra un amas de pigment dans la peau et que, dans deux cas, il a trouvé de grandes quantités de pigment dans les ganglions lymphatiques superficiels

Le pigment de la peau ne se distingue en rien de celui qu'on rencontre dans d'autres maladies inflammatoires de cet organe. Il se trouve d'ordinaire dans des cellules fusiformes ou étoilées, dans lesquelles on voit un noyau faiblement coloré; dans les points où ce noyau manque, il est

difficile de décider si l'on a affaire à du pigment intra ou extra-cellulaire. Il se présente soit sous forme de granulations fines et peu colorées, soit de noyaux assez volumineux ou sphériques, d'une teinte brun foncé. Il n'a jamais observé le plus léger rapport de ce pigment avec les très nombreuses *Mastzellen*, notamment dans le premier cas ; ces dernières ne contenaient pas de pigment.

Deux points dans l'étude de ce pigment sont à signaler.

1° Ce pigment existe, quoique en très faible proportion, çà et là, même dans les couches profondes du derme où on constate à peine des phénomènes inflammatoires.

2° Le derme est riche en pigment, mais l'épithélium en renferme peu ou même pas du tout.

La question est de savoir, si dans la pigmentation consécutive à l'hyperhémie et à l'inflammation, il s'agit d'un processus absolument semblable à celui de la pigmentation naturelle, ou s'il faut l'en séparer. D'après ses recherches, l'auteur ne croit pas que personne puisse distinguer par exemple la peau à pigmentation foncée des organes génitaux d'une hyperpigmentation consécutive à une lésion inflammatoire quelconque.

Dans les pigmentations inflammatoires, il est un point sur lequel on n'a pas jusqu'à présent insisté et qui a frappé l'auteur dans le pityriasis rubra, mais que l'on observe aussi dans beaucoup d'autres maladies inflammatoires de la peau.

En effet, tant que l'inflammation dure, il se produit sans cesse dans le derme des masses de pigment, mais elles ne sont pas transportées dans l'épiderme ou ne le sont qu'en très petites proportions. On peut le constater sur les papules qui se métamorphosent en hyperpigmentations, ainsi que dans le psoriasis et dans le lupus érythémateux, où il a trouvé du pigment en abondance dans le corps papillaire, et dans l'eczéma séborrhéique. Dans tous ces cas, malgré une accumulation considérable de pigment dans le corps papillaire, il n'y a point de transport dans l'épithélium ; par contre il s'en produit souvent un de ce genre après le décours de l'inflammation. On ne sait pas si la persistance des phénomènes inflammatoires empêche l'immigration du pigment où si elle nuit à l'activité des chromatophores. La résorption du pigment, tout au moins pour le pityriasis rubra dans lequel il n'est pas question d'un infiltrat pouvant nuire, mécaniquement, par exemple, aux chromatophores, justifierait, selon l'auteur, l'hypothèse que, sous l'influence de troubles inflammatoires de la circulation, il se fait une résorption au moins partielle au lieu du transport du pigment par l'épiderme.

En ce qui concerne l'examen histologique des trois ganglions lymphatiques de ses deux premiers malades, l'auteur dit que ces ganglions présentaient un aspect stratifié gris foncé ; sur les coupes, les couches les plus périphériques avaient une coloration foncée tandis que le centre paraissait normal.

Dans le ganglion extirpé chez le second malade il y avait ceci de remarquable que, sur les coupes, les zones périphériques étaient traversées par des traînées foncées, rayonnées d'1 à 1 1/2 millim. de longueur, séparées les unes des autres par des intervalles de 3 à 4 millim.

A un fort grossissement, la substance folliculaire était indemne de pigment ; à sa périphérie, la matière colorante est réunie en amas plus ou moins considérables.

Sa nature est morphologiquement très variable ; il existe des amas volumineux de granulations brun foncé plus ou moins grosses, avec bord très net et une forme ronde ou ovale.

En outre, on rencontre de petits et rares amas de matière colorante, de couleur claire ; la plupart se trouvent dans des cellules polygonales ou irrégulières assez grosses, pourvues de noyaux de couleur claire. Parfois il y avait un très petit nombre de corpuscules de pigment dans une de ces cellules, d'autres fois elle était comme poudrée de petits points brun foncé. Entre ces deux formes il y avait un grand nombre de transitions.

Le pigment déposé dans ces ganglions concordait comme couleur avec celui contenu dans la peau des malades observés par l'auteur, — seulement en raison des amas plus compacts et des particules isolées plus volumineuses il paraît en quelques points beaucoup plus foncé.

En somme, le dépôt de matière colorante dans les ganglions était identique à celui qui existait dans la peau.

On peut se demander si les masses de pigment qui se trouvent dans les ganglions étaient nées dans ces ganglions ou si elles avaient été transportées de la peau dans les ganglions ?

L'auteur incline pour cette dernière hypothèse. Dans les cas qu'il a observés il ne pouvait être question que de corpuscules rouges du sang transportés de la peau dans les ganglions et transformés là en pigment, car il n'y avait aucune cause générale pour la production de pigment. Mais dans le derme on constatait à peine des traces de corpuscules rouges du sang extravasés et on sait que les érythrocytes isolés qui, dans les processus inflammatoires du derme, abandonnent les vaisseaux sont transformés dans le derme en pigment. Dans d'autres maladies de la peau dans lesquelles le sang sort en abondance des vaisseaux, comme par exemple dans le prurigo et dans le psoriasis des jambes accompagné de stase considérable et de diapédèse, psoriasis qui avait persisté longtemps et guéri avec une hyperpigmentation intense, Jadassohn a vainement cherché du pigment dans les ganglions y afférents, mais d'autre part il s'était produit un transport considérable de pigment dans l'épithélium. C'est précisément l'absence de ce transport de pigment dans les cas de l'auteur, ainsi que la présence de petits amas isolés de pigment dans les couches profondes du derme, qui font croire à Jadassohn que le pigment formé dans le derme est poussé non en dehors mais en dedans. D'autres recherches semblent confirmer l'hypothèse que ce changement de direction du pigment est occasionné par un trouble persistant de la circulation.

On ignore encore comment a lieu la résorption graduelle du pigment dans le pityriasis rubra, mais toujours est-il que dans les ganglions il se fait un dépôt de pigment en grande masses sur des points précis et dans des cellules déterminées.

Dans deux cas d'eczéma chronique des jambes de longue durée, l'auteur a constaté des signes d'ulcération ; la peau, rouge brun foncé, en quelques points très atrophiée, et qui était en partie le siège d'un épaississement diffus, ne présentait nulle part de véritables cicatrices.

Dans le derme légèrement infiltré, avec rétraction cicatriforme, il y avait des quantités très considérables d'une matière colorante, jaune brun à rouge brun, composée de granulations plus ou moins volumineuses. La couche de cellules cylindriques de l'épiderme et en quelques points les séries de cellules les plus rapprochées étaient recouvertes de masses compactes de pigment brun foncé, finement granulé, de telle sorte qu'on pouvait reconnaître seulement en certains points plus clairs un dépôt intra-cellulaire de ce pigment.

En somme, il résulte des recherches de l'auteur ce fait déjà indiqué par Riehl que non seulement des corps étrangers mais aussi des pigments pathologiques peuvent être transportés de la peau dans les ganglions régionnaires.

A. Doyon.

Pityriasis rubra. — Lloyd. A case of Pityriasis rubra (*The Lancet*, 26 septembre 1891, p. 716).

Sous le nom de pityriasis rubra, le Dr Lloyd publie l'observation suivante : Un ancien officier de marine retraité, âgé de 68 ans, arthritique, était atteint depuis plusieurs années d'eczéma chronique, avec poussées aiguës aux plis articulaires et aux organes génitaux. C'est à l'occasion d'une poussée aiguë d'une intensité plus grande, accompagnée d'œdème indolent au périnée qu'il vint consulter le Dr Lloyd. Celui-ci ne constata pas de traces d'albumine. Pendant les trois semaines qui suivirent ce premier examen, les lésions s'atténuèrent par un traitement composé d'alcalins, de colchique, d'arsenic ou d'iodure de potassium. Puis la peau s'enflamma brusquement par tout le corps, devint rouge et sèche. A cette époque, le malade resta 24 heures sans uriner et ce ne fut qu'à l'aide de la digitale qu'on parvint à rétablir le cours des urines. Le troisième jour de l'inflammation aiguë, il se produisit une desquamation intense et rapide en larges squames. En même temps il y avait un mauvais état général ; une faiblesse croissante, de la prostration, une grande soif, de l'œdème des membres inférieurs : mais peu de fièvre et pas d'albumine. La mort survint au quinzième jour de l'inflammation généralisée.

Louis Wickham.

Pityriasis versicolore. — De Molènes et Costilhes. — Pityriasis versicolore (pathogénie et traitement) (*Arch. gén. de méd.* octobre 1891, p. 385).

Les auteurs de ce travail, après avoir donné une description succincte du microsporon furfur et de l'altération cutanée qu'il provoque, étudient les conditions favorables au développement du parasite. Ils examinent particulièrement l'influence du terrain sur la germination et croient qu'il faut en partie revenir aux idées des auteurs anciens qui faisaient jouer un rôle très important aux troubles gastro-intestinaux. MM. de Molènes et Costilhes ont constaté ces troubles chez tous les malades qu'ils ont observés. Le microsporon furfur étant un parasite d'ordre inférieur, une moisissure, trouve dans le milieu acide et gras de la peau créé par les troubles profonds des

fonctions digestives un terrain particulièrement favorable à sa germination. Ces conditions se trouvent réalisées chez les sujets qui portent des gilets de flanelle et surtout qui ne les changent pas souvent. Le gilet de flanelle n'est pas un agent de contagion, mais un moyen favorisant la production de la séborrhée et conséquemment la germination du parasite. Ainsi, la séborrhée est la condition indispensable, nécessaire pour que la pullulation du parasite soit assez abondante pour provoquer le développement de plaques de pityriasis versicolore ; et ces conditions indispensables n'existent pas sans troubles des fonctions digestives. En d'autres termes, le parasite, qui existe partout, sur la peau, dans les vêtements, dans l'air, ne se développe que lorsqu'il trouve réalisées les conditions nécessaires ; dyspepsie et séborrhée. Ainsi s'expliquent la fréquence relative de la maladie, sa résistance au traitement et la facilité des récidives. Le traitement doit comprendre deux indications également nécessaires ; détruire le microsporon furfur et modifier le terrain sur lequel germe ce microsporon.

L. Perrin.

Psoriasis.— P. Tommasoli. Di due casi interessante per la storia e per la patogenesi della psoriasi (*La Riforma medica*, 6 juin 1891, p. 613).

La première observation concerne une femme de 42 ans qui, pendant qu'elle nourrissait son premier enfant, fut prise pour la première fois d'un psoriasis occupant le cuir chevelu ; l'affection disparaissait pendant les grossesses et reparaissait régulièrement pendant la lactation ; la malade avait eu 11 enfants ; le psoriasis était devenu plus intense à chaque attaque et, à la 11e attaque, il cessa d'être limité au cuir chevelu et il se produisit quelques éléments psoriasiques aux genoux et aux coudes.

La deuxième observation a trait à un homme de 44 ans, qui après avoir été atteint d'une éruption pustuleuse de la nuque fut pris de psoriasis lequel débuta au siège de l'éruption pustuleuse, puis atteignit les coudes et les genoux ; dans le cours de ce psoriasis, se produisirent des manifestations articulaires qui se localisèrent sur les articulations des doigts et en déterminèrent la déformation.

Georges Thibierge.

Purpura. — Kolb. Zur Ætiologie der idiopathischen Blutfleckenkrankheit (*Purpura hæmorrhagica morbus maculosus Werlhofii*) (Arbeiten a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte, t. VII, p. 60 et *Centralblatt f. Bakteriologie*, 1891, t. X, p. 17).

Kolb a eu l'occasion d'examiner 5 cas de purpura hémorrhagique dont 3 se terminèrent par la mort. Dans le sang des malades il ne trouva pas de bactéries, par contre il en rencontra dans les organes de ceux qui succombèrent et qui furent nécropsiés, 3 à 4 heures après la mort. Il s'agissait d'une variété de bactéries, que l'auteur regarde comme la cause de la maladie.

Cette variété consiste en bâtonnets ovales, un peu informes, avec des extrémités arrondies, sans mouvement propre, la plupart sous forme de

diplobacilles reliés entre eux et semblables à des filaments clairs. Dans le corps des animaux ils sont un peu plus volumineux et ont parfois une capsule difficilement colorable, qui manque toujours dans les cultures. Ils se développent sur les terrains ordinaires de culture à la température de la chambre et du corps. Mais la meilleure température est de 30 à 36°.

L'auteur a fait en tout 405 expériences sur les animaux. Chez les animaux non réfractaires l'hémorrhagie se produisait dans les organes les plus différents. Parmi ceux-là l'auteur cite les chiens, les souris blanches et les souris des champs et notamment les lapins, tandis que les cobayes sont presque réfractaires et que les pigeons le sont tout à fait. Une goutte de bouillon de culture tue des souris au bout de 2 à 3 jours ; on trouve les bacilles en grand nombre dans le sang et les organes, principalement dans la rate et dans le foie, rarement au contraire dans les poumons.

Des lapins devinrent malades après des injections intra-abdominales de un demi à 1 cent. c. et succombèrent avec une dose de plus d'un cent. c. de bouillon de culture dans l'espace de 1 à 3 jours avec des hémorrhagies caractéristiques. A. Doyon.

Rhinosclérome. — Mibelli. Un nuovo metodo di colorazione dei bacilli del rinoscleroma (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*. Juin 1891, p. 205).

Dans cette note, l'auteur revient sur un fait qu'il avait déjà affirmé dans un travail précédent (Monatsch. f. prakt. Dermat. t. VIII, p. 531) et qui a été contesté par Dittrich (Jahresbericht über Pathogenen Microorganismen, 1889, V. p. 221), à savoir que les bacilles du rhinosclérome ne se rencontrent jamais dans les cellules d'infiltration saines. L'étude de préparations faites après coloration, pendant une heure avec le carmin aluné de Grenacher en solution à 4 0/0 dans l'eau bouillante puis lavage à l'eau, passage à l'alcool et inclusion dans la résine de Dammar, lui a permis de constater ce fait avec la plus grande évidence. Avec cette méthode, on constate la présence d'un nombre beaucoup plus considérable de bacilles du rhinosclérome qu'avec les autres méthodes. Georges Thibierge.

Syringomyélie. — A. Joffroy et Ch. Achard. Nouvelle autopsie de maladie de Morvan ; syringomyélie (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, septembre 1891, p. 677).

Ce mémoire comprend l'observation détaillée d'une malade dont M. Joffroy a présenté les pièces à la Société médicale des hôpitaux (Voir *Annales de dermatologie*, 1891, p. 408). L'affection avait débuté à l'âge de 28 ans par un panaris qui avait nécessité l'amputation du pouce de la main droite, puis des panaris étaient survenus dans l'espace de 6 à 7 mois à tous les doigts de cette main, sauf l'auriculaire ; il y avait à la main gauche une rétraction des tendons fléchisseurs des doigts, dont les ongles étaient élargis transversalement et bombés dans leur partie supérieure, amincis à leur extrémité libre, la peau était pâle et comme amincie à l'extrémité des doigts; scoliose, troubles sensitifs occupant surtout la moitié droite du corps, avec

prédominance aux extrémités des membres; hystérie concomitante ; à l'autopsie, syringomyélie occupant la région cervicale et la partie supérieure de la région dorsale de la moelle.

Cette autopsie vient confirmer l'opinion émise précédemment par les auteurs que la maladie de Morvan n'est le plus souvent, sinon toujours, qu'une forme de la syringomyélie, opinion à laquelle se sont rattachés presque tous les neurologistes qui ont étudié la question.

Georges Thibierge.

Trichophytie. — W. Dubreuilh. De quelques formes rares de la trichophytie du cuir chevelu ; kerion Celsi et trichophytie disséminée (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1891, n° 5, p. 279).

Dubreuilh rapporte deux observations.

Dans la première, il s'agit d'une femme de 28 ans, dont l'enfant était atteint d'une teigne tondante typique, et qui depuis deux ou trois semaines avait dans la région occipitale du cuir chevelu plusieurs plaques rouges, saillantes et douloureuses, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, sur lesquelles un grand nombre de cheveux étaient cassés et remplis de spores de trichophyton ; sur ces plaques, on voyait de plus un certain nombre de pustules centrées par un cheveu peu adhérent et laissant sourdre une goutte de pus. Trois semaines plus tard, les lésions étaient notablement aggravées ; il y avait sur le pariétal gauche une plaque de la grandeur d'une pièce de 1 franc, irrégulière, couverte de croûtes et de pustules, fluctuante par suite de la présence d'une collection de pus sous-dermique que la pression faisait évacuer par les orifices préexistants ; sur le côté gauche de l'occipital, une plaque de la largeur de la main, presque complètement glabre, rouge et luisante, présentant sur ses bords des îlots sycosiques caractérisés par l'infiltration du cuir chevelu et des pustules correspondant à des folliculites suppurées, profondes ; au sommet de la tête une plaque analogue de 5 centimètres de large, également glabre dans une grande partie de son étendue avec une bordure sycosique.

La deuxième observation concerne une fillette de 10 ans, à cheveux châtain foncé, assez fins, présentant un état pityriasique peu accusé du cuir chevelu ; en l'examinant on constate des squames minces, nacrées, grasses, desquamant assez abondamment, souvent traversées par un cheveu comme dans la séborrhée sèche commune, mais le cuir chevelu est un peu plus rouge. En certains points, comme dans la séborrhée, l'état pityriasique un peu plus accusé forme des îlots. Certains cheveux sont entourés d'un petit cône épidermique blanc. Par places, dans l'épaisseur des squames, on trouve un tronçon de cheveux enroulé qui se casse et s'enlève avec la squame et qui est infiltré de spores, et au-dessous on trouve le reste du cheveu cassé dans un follicule. Tout le reste de la chevelure est parfaitement sain, les cheveux ont leur apparence et leur adhérence normales. En certains points seulement, il y a un plus grand nombre de cheveux malades, mais ils sont toujours bien moins nombreux que les cheveux restés sains.

Une sœur de cette malade, âgée de 16 ans, dont le cuir chevelu parais-

sait absolument sain, avait çà et là, à de larges intervalles, un cheveu cassé, couvert par une squame ou enroulé dans une squame et infiltré de spores. Ces cheveux malades étaient encore plus rares que chez la jeune sœur et on en trouvait rarement des groupes de 3 ou 4.

Un frère de ces deux malades avait une teigne tondante commune.

Dubreuilh a observé un certain nombre de cas de cette forme disséminée de la trichophytie, qui a été bien étudiée par C. Pellizzari. Il ne l'a rencontrée que chez des jeunes filles à cheveux noirs ou du moins foncés, probablement, dit-il, parce qu'elle est encore plus difficile à reconnaître chez des enfants à cheveux fins et blonds, et toujours il l'a rencontrée en examinant méthodiquement la tête de tous les enfants d'une famille où il avait déjà trouvé un cas de trichophytie. Il est probable que le sexe joue un rôle dans sa production, car il ne l'a jamais vue chez les garçons, bien que leur cuir chevelu soit plus facile à examiner ; souvent il s'agissait de jeunes filles de 16 à 17 ans, c'est à dire à l'âge où la teigne tondante commence à devenir rare ou à guérir spontanément. Comme Pellizzari, il a noté plusieurs cas de cette forme de trichophytie dans la même famille.

Cette forme, difficile à reconnaître en raison de l'absence de plaques dénudées et de symptômes subjectifs attirant l'attention, est également difficile à traiter, les sujets atteints ne se considérant pas comme malades et les lésions étant étendues à la totalité du cuir chevelu. Tout ce qu'on peut faire c'est l'antisepsie du cuir chevelu : des savonnages et des lotions au sublimé peuvent enrayer l'extension et la transmission de la maladie, mais il faut beaucoup compter sur la guérison spontanée.

Georges THIBIERGE.

Tumeur lobulée du cuir chevelu. — MANSELL MOULLIN. Convoluted tumour of scalp (cuir chevelu) (*The Brit. med. journ.* 31 janvier 1891, p. 224).

Il s'agit d'une femme de 28 ans, présentant au cuir chevelu une large tumeur étalée et recouvrant toute sa partie postérieure, du vertex au cou et d'une oreille à l'autre. La tumeur est fibreuse, constituée par le plissement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané hypertrophié. De nombreuses fissures plus ou moins profondes et dirigées en tous sens séparent la totalité de la tumeur en un grand nombre de petites masses secondaires. L'aspect général est celui des circonvolutions cérébrales. La coloration est rose pâle et jaunâtre. A la surface de ces lésions on voit peu de follicules pileux ; quelques rares poils ont persisté à se développer. Par contre, à la périphérie près des oreilles et du cou, partent des fissures, un grand nombre de poils qui ont une grande activité de développement. D'ailleurs, sur le reste du cuir chevelu, les cheveux sont très longs et abondants et en les rejetant en arrière la malade parvient aisément à dissimuler les lésions. Les fissures laissent suinter un liquide irritant qui entretient de la dermite au cou et derrière les oreilles. La malade ne donne que peu de renseignements sur les débuts de ces lésions. Il s'agit vraisemblablement de manifestations congénitales et leur extension paraît s'être faite avec lenteur.

Louis WICKHAM.

Tylosis. — Tylosis palmæ et plantæ. — H. Radcliffe Crocker (*The British Journal of Dermatology*, juin 1891, p. 169).

D'après l'auteur, les cas dans lesquels une épaisse couche cornée couvre la surface entière de la paume des mains et de la plante des pieds sont des plus rares et sont surtout d'origine congénitale. Il est bien plus rare de les voir se développer dans le courant de la vie. R. Crocker en rapporte le cas suivant.

Femme âgée de 56 ans, atteinte depuis huit mois déjà d'un pemphigus très intense et presque généralisé lorsqu'elle vint consulter pour la première fois l'auteur, le 5 mars 1890. La maladie débuta par un prurit généralisé en novembre 1888 ; malgré tous les traitements, l'irritation augmenta d'intensité, mais les bulles n'apparurent qu'en mars 1889 ; elles se montrèrent d'abord sur les bras. Le 1er avril, elle entra à St-John's Hospital en fort mauvais état, et elle en sortit pour aller à la campagne en octobre. Elle n'était pas beaucoup mieux, mais les bulles n'étaient ni aussi volumineuses ni aussi nombreuses, tandis que le prurit était aussi prononcé que jamais. Deux mois avant de quitter l'hôpital, sa peau était très sèche, et rien ne pouvait la faire transpirer, puis elle se mit au contraire à avoir des sueurs profuses. Ce fut en octobre que les paumes des mains et les plantes des pieds commencèrent à s'épaissir et à prendre peu à peu l'aspect actuel. Le 10 mars 1890, elle entra à University College Hospital. A cette époque, elle avait le corps tout entier couvert de plaques érythémateuses d'un rouge vif, circinées pour la plupart, surtout nombreuses sur le tronc ; on y voyait également beaucoup de bulles de grosseurs variables pouvant atteindre le volume d'un œuf de pigeon, tendues, remplies d'une sérosité transparente, quelques-unes irrégulièrement groupées par trois, quatre ou cinq, la plupart disséminées. L'éruption s'accompagnait d'un prurit d'une certaine intensité qui survenait par paroxysmes et empêchait tout sommeil. La malade transpirait fort abondamment, mais elle n'exhalait pas d'odeur fétide. Les paumes des mains et les plantes des pieds présentaient un épaississement épidermique fort accentué : la couche cornée avait un huitième de pouce d'épaisseur, et avait une teinte jaunâtre translucide, mais elle n'était pas dure à cause sans doute de l'hyperidrose. Au niveau des articulations interphalangiennes et métacarpiennes, la couche cornée était aussi hypertrophiée et comme criblée de petites dépressions. Les ongles étaient indemnes. La malade avait pris une grande quantité d'arsenic à St-John's Hospital, mais elle croyait bien que ces épaississements de l'épiderme n'étaient survenus que depuis qu'elle s'était mise à transpirer. On lui donna de la quinine, du cannabis indica et du bromure ; on lui fit de plus contre ses transpirations des injections sous-cutanées d'atropine, et on réussit ainsi à les lui diminuer considérablement.

Le 21 mai, on lui donna de l'arsenic et du bromure, et on vit à la suite de ce traitement les transpirations diminuer et même cesser pendant une semaine, du 7 au 14 juin. Les bulles augmentèrent de nombre lorsqu'on supprima les injections d'atropine, à la fin de juin son état avait empiré ; elle était plus maigre et plus faible, mais sous l'influence de toniques et d'une bonne nourriture elle se remit, et à la fin de juillet, il n'y avait plus

que quelques bulles qui se montraient de temps en temps. Les transpirations étaient à peine plus marquées qu'à l'état normal; les paumes des mains et les plantes des pieds étaient beaucoup moins épaissies depuis qu'on faisait usage de lotions potassiques; mais elles étaient encore par moments fort prurigineuses.

Six mois plus tard, presque tous les symptômes morbides avaient au contraire repris toute leur intensité.

L'auteur se demande si l'hyperkératose constatée dans ce cas dépend de l'hyperidrose ou de l'administration de l'arsenic. Il penche pour la première hypothèse, car l'hyperkératose produite par l'arsenic est très lente dans son développement, met plusieurs années à se produire, commence sous la forme de petits foyers disposés autour des orifices des glandes sudoripares et peut rester ainsi discrète pendant des années. Ici au contraire l'épaississement épidermique était diffus, n'avait pas commencé par des points isolés, et s'était développé avec une assez grande rapidité relative. Il croit qu'il faut instituer des recherches ultérieures pour préciser si l'hyperidrose ne peut pas être un facteur étiologique de l'hyperkératose palmaire et plantaire.

La forme congénitale de cette affection est beaucoup plus fréquente que la précédente. R. Crocker en rapporte un cas datant de l'enfance chez un homme atteint de pityriasis rubra, ce qui rend l'observation un peu moins précise. Chez ce malade, il se produisait chaque automne des phlyctènes au-dessous de l'épiderme des paumes des mains ; elles avaient à peu près les dimensions d'une pièce de six pence si on ne les touchait pas, mais elles devenaient beaucoup plus larges si on les traumatisait. Elles se produisaient par des sortes de poussées successives, de telle manière que tout l'épiderme se détachait en deux mois environ, laissant la peau sous-jacente mince et un peu sensible, mais elle ne tardait pas à s'épaissir de nouveau. Les mêmes phénomènes ne se produisaient pas aux pieds. Cette altération de l'épiderme était héréditaire dans sa famille, l'auteur a pu l'y retrouver dans cinq générations successives.

Au point de vue du traitement, l'auteur ne donne aucun procédé thérapeutique nouveau.

Si nous avons analysé ce travail de Radcliffe Crocker avec quelques détails, c'est surtout à cause de l'importance de la première observation qu'il relate. C'est là un cas peu discutable, ce nous semble, de dermatite herpétiforme de Duhring, et le développement pendant le cours de cette affection d'une hyperkératose palmaire et plantaire diffuse ne nous semble pas pouvoir être rapporté à une simple coïncidence. Dans notre travail sur cette affection, paru dans ce recueil en 1888 (v. page 305 et 306), nous avons signalé en ces termes cette particularité : « Les lésions papillomateuses de l'observation 27 étaient engainées sous la plante des pieds de productions cornées qui formaient une sorte de carapace épaisse et douloureuse au toucher... Notre excellent et très honoré maître M. le Dr E. Besnier, nous a fait voir une de ses clientes de la ville atteinte depuis 2 ans d'une dermatite polymorphe prurigineuse chronique vésico-bulleuse : chez cette dame, l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds s'est peu à peu modifié : il est devenu jaunâtre, comme tendu; il s'est

épaissi au point de constituer une véritable gêne pour la malade, qui ne peut ni plier les doigts, ni fermer les mains. Toutes ces régions sont extrêmement sensibles. Cette transformation de l'épiderme qui a également envahi la face palmaire de tous les doigts, ne ressemble pas du tout à la kératodermie vulgaire, elle est plus uniforme, plus lisse, plus jaunâtre, plus molle et surtout plus douloureuse ».

On voit donc par cette citation, que l'on connaît déjà des faits analogues à celui du Dr R. Crocker, et que l'on doit rattacher selon toute apparence dans ces cas la kératodermie à la dermatite herpétiforme. Cette relation si importante semble avoir complètement échappé au dermatologiste anglais.

L. Brocq.

Ulcérations buccales dans le saturnisme. — Osmund Stedman. Ulcération of the mouth (bouche) as a symptom of lead poisoning (saturnisme) (*The Lancet*, 26 septembre 1891, p. 716).

Le Dr Stedman a pu réunir plusieurs cas d'ulcération de la muqueuse buccale chez des enfants en bas âge en proie à l'intoxication saturnine. L'enfant dont il rapporte ici l'observation était âgé de deux ans et demi et présentait de six à huit petites ulcérations consécutives à des phlyctènes, de la dimension d'une tête d'épingle ou d'un grain de mil. Celles-ci siégeaient à la face interne des joues en dehors du contact des dents et étaient bordées d'une pellicule blanchâtre. Ces lésions disparurent rapidement dès que le traitement eût guéri le saturnisme; aussi l'auteur n'hésite-t-il pas à considérer de telles ulcérations buccales comme un des signes de l'intoxication saturnine.

Louis Wickham.

Ulcères de jambe. — A. Llobet. Tratamiento de las ulceras. (*Anales de la Asistencia publica*. Buenos-Ayres, 1891, p. 187).

L'anaplastie de Thirsch donne d'excellents résultats, mais ce procédé n'est pas toujours applicable et il n'est pas nécessaire d'y avoir recours pour tous les malades. Il faut le réserver pour les cas spéciaux de grands ulcères chroniques ou pour les surfaces mises à nu par un traumatisme. Dans les autres cas, le procédé qui a le mieux réussi à l'auteur et qui lui a donné les résultats les plus sûrs et les plus rapides est celui qui comprend le repos, les cataplasmes antiseptiques et une excitation locale par l'hydrate de chloral. Ces éléments combinés font diminuer l'induration des tissus, combattent la stase veineuse et s'opposent au développement des microorganismes à la surface de l'ulcère. La première condition pour la guérison d'un ulcère est donc le repos au lit jusqu'à cicatrisation complète. Au repos vient s'ajouter l'action de la chaleur humide du cataplasme pour régulariser la circulation en dilatant les vaisseaux; en outre, le tissu corné perd son caractère squameux. Pour avoir un cataplasme antiseptique, l'auteur se sert d'une couche de coton stérilisé enveloppée de gaze phéniquée ou de gaze au sublimé. Il la trempe dans une solution boriquée à 4 0/0. Sous son influence, le travail de cicatrisation se fait rapidement, mais très actif

pendant trois jours, il se ralentit ensuite ; c'est alors qu'intervient la troisième indication, l'excitation locale par l'hydrate de chloral.

Celle-ci doit être légère et produire sur la cellule une irritation simplement nutritive, en même temps qu'au voisinage une activité de résorption des produits infiltrés qui s'opposent au libre cours du sang. Pour que l'hydrate de chloral remplisse ce but, l'auteur emploie une solution faible à 1 0/0 ; il change les compresses toutes les vingt-quatre heures, et cela pendant trois jours. Il revient alors à des cataplasmes pendant un même laps de temps, puis de nouveau au chroral et ainsi de suite jusqu'à guérison complète. En changeant les pansements, il faut user des plus grandes précautions pour ne pas entraîner l'épithélium de nouvelle formation. L'auteur rappelle plusieurs observations de malades ainsi traités. Dans quelques cas, il a pratiqué la transplantation dermo-épidermique selon la méthode de Thirsch.

Paul Raymond.

Urticaire chronique. — Wallace Beatty. Chronic urticaria, associated with an eruption consisting of extremely itchy (prurigineuses) papules followed by ringed pigmentation (macules) (*The Brit. journ. of Derm.*, mai 1891, p. 136).

Voici en quelques mots l'observation de l'auteur. Une femme de tempérament nerveux est atteinte pour la première fois de sa vie en 1890, à l'âge de 23 ans, d'urticaire intense, évoluant par poussées sous forme de larges éléments qui s'ajoutent les uns aux autres et finissent par recouvrir la presque totalité du tronc. Pendant 4 mois le prurit est intolérable ; mais les éléments tendent peu à peu à paraître en plus petit nombre. Puis survient une nouvelle éruption, consistant en de petites papules rouges légèrement surélevées, très prurigineuses qui évoluent d'une façon spéciale. Quelques jours après leur apparition, elles s'affaissent plus ou moins, se pigmentent à leur surface ; puis petit à petit le centre de la macule ainsi formée, se décolore et blanchit. De cette façon, se produit au siège d'anciennes papules, toute une série de petiles taches arrondies ou allongées, donnant à l'affection un aspect très particulier.

En mars 1891, l'auteur reçoit des nouvelles de sa cliente. Les éléments de l'urticaire du début ont complètement cessé de se reproduire. Mais les papules prurigineuses et les macules consécutives reviennent toujours par poussées nouvelles avec leurs mêmes caractères. Quelques-unes seulement des plus anciennes taches ont peu à peu disparu.

On remarquera que, dans son observation, l'auteur paraîtrait considérer les papules non pas comme des éléments ortiés papuleux, comme une forme d'urticaire, mais bien comme des éléments éruptifs spéciaux indépendants de l'urticaire. De là, d'ailleurs, le titre de ce travail : « Urticaire chronique associée à une éruption papuleuse prurigineuse ».

Il rappelle avoir publié (1) deux ces analogues en 1884. Ces faits diffèrent d'après lui de l'urticaire pigmentée par les 4 caractères suivants :

1° Apparition tardive de l'éruption.

(1) Trans. Acad. med. in *Ireland* (vol. II, p. 37, 1884).

2° Saillies n'ayant pas la teinte chamois.
3° Saillies beaucoup moins prononcées que dans l'urticaire pigmenté.
4° Formation de points blancs au centre des macules.

Le Dr Beatty termine son mémoire en divisant les cas d'urticaire accompagnée de pigmentation en trois groupes : 1° l'urticaire pigmentée; 2° l'urticaire associée à une éruption papuleuse prurigineuse spéciale se terminant par la formation de macules, comme dans les observations précédentes; 3° l'urticaire vulgaire, ou l'urticaire papuleuse des enfants suivie de pigmentations brunes passagères. Louis Wickham.

Vaccine généralisée. — Jeanselme. Quelques remarques sur un cas de vaccine généralisée par auto-inoculation (*Gazette hebdomad. de médec. et de chir.*, 7 novembre 1891, p. 540).

Observation d'une femme atteinte de mycosis fongoïde avec lésions eczématiformes généralisées, chez laquelle se développent au voisinage de 3 pustules vaccinales régulières, le 11e jour après la vaccination, une dizaine de pustules coalescentes, puis le lendemain des pustules formant de véritables tournioles vaccinales sur la pulpe de l'index, du médius et de l'annulaire droits, et, en même temps, des pustules sur la face postéro-externe de la cuisse droite, sur la région antérieure du genou et de la cuisse du même côté ; le 13e jour, quelques pustules se forment sur le membre inférieur gauche et de nombreux éléments se disséminent sur le tronc et les membres ; à partir du 14e jour, la généralisation est achevée, aucun élément nouveau ne paraît, il existe environ 500 pustules, réparties inégalement sur toute la surfacce cutanée, sauf la région dorsale qui est à peu près indemne ; il n'existe aucune trace d'éruption sur les parties qui étaient protégées par un pansement avant la vaccination. Fièvre oscillant entre 38° et 39° du 10e au 15e jour. Des cicatrices se produisent dans tous les points occupés par les pustules ; les lésions eczématiformes présentent une amélioration considérable ; les tumeurs mycosiques ulcérées se réduisent de volume. L'inoculation à une génisse, du liquide extrait des vésicules, faite par M. Chambon, produit une éruption régulière qui reproduit des pustules typiques chez les enfants auxquels on l'inocule.

Jeanselme montre, en se basant sur l'intégrité des parties protégées par les pansements et sur l'intégrité presque complète de la région dorsale difficilement accessible au grattage, le rôle de l'auto-inoculation dans ce cas et fait remarquer, à l'appui de ce mécanisme, le développement des pustules au voisinage du point où a porté la vaccination, l'existence des tournioles vaccinales qui trahissent le rôle des doigts dans la généralisation et l'âge variable des éléments éruptifs. Il insiste, avec M. E. Besnier, sur la nécessité de l'occlusion des points d'inoculation vaccinale chez les sujets atteints de dermatoses. Georges Thibierge.

Verrues. — Payne. On the contagiousness of common warts (*The Brit. Journ. of Derm.*, juin 1891, p. 185).

L'auteur a pu observer sur lui-même un fait évident de contagion de

verrues communes. En soignant un enfant de 11 ans, couvert de verrues, Le Dr Payne, à l'occasion d'un grattage, souleva à plusieurs reprises des croûtes de verrues saignantes avec l'ongle du pouce. Quelques jours après, il survint sous l'ongle de la rougeur et du gonflement, puis une verrue se forma. Deux autres verrues apparurent consécutivement sur la face dorsale du pouce. Mais ces éléments eurent une existence éphémère, et disparurent en quelques semaines, sans avoir été traités. L'auteur est convaincu de la nature parasitaire des verrues. Le sang émané de ces éléments serait le meilleur véhicule de contagion. Les verrues ne se fixeraient que sur des sujets prédisposés. Louis Wickham.

Vitiligo. — G. Thibierge. Du vitiligo (*Sem. méd.* n° 58, 1891).

Dans cette lecon clinique faite à l'hôpital Saint-Louis, M. Thibierge donne une description complète du vitiligo en insistant sur quelques particularités de l'histoire de cette maladie. Il insiste principalemeni sur l'alopécie du vitiligo, la sensibilité au niveau des plaques achromiques et des zones hyperchromiques, enfin sur les relations de cette dermatose avec les altérations nerveuses.

L'alopécie du vitiligo présente quelques analogies avec celle de la pelade ; c'est une pseudo-pelade, non contagieuse, persistant pendant des années, les poils ne repoussent que partiellement et n'ont pas la même coloration que ceux qui les avaient précédés. M. Thibierge croit que beaucoup de cas de prétendue pelade symétrique de la barbe ne sont autre chose que des cas de vitiligo avec alopécie dans lesquels les modifications dans la répartition du pigment cutané sont assez peu prononcées pour n'être pas remarquées.

La sensibilité dans le vitiligo peut-être normale, mais cette règle souffre des exceptions nombreuses et très souvent la sensibilité à la piqûre est plus ou moins diminuée au niveau des lésions du vitiligo. Cette anesthésie est très inégalement et très irrégulièrement répartie et n'a aucun rapport constant, soit avec les plaques achromiques, soit avec les zones hyperchromiques.

Dans la grande majorité des cas, sinon dans la totalité des cas, le vitiligo est l'indice d'une affection nerveuse. On le rencontre dans un grand nombre d'affections du système nerveux central ou périphérique ; très fréquemment, il met sur la voie d'une de ces affections ; dans le tabes, par exemple, il se montre dans la période préataxique, quand il n'y a encore que des douleurs mal caractérisées, des troubles oculaires peu prononcés, l'absence du réflexe rotulien. L. Perrin.

NOUVELLES

Nous apprenons avec plaisir que le Privatdozent, Dr Ernst Schwimmer, qui avait le titre et le caractère de professeur extraordinaire, a été nommé professeur ordinaire de dermatologie à l'Université de Budapest.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE

Vienne, 5-10 septembre 1892.

Statuts

1. Le IIe Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie siègera à Vienne du 5 au 10 septembre 1892. Les séances auront lieu à l'Université I., Franzensring de 9 à 11 heures 1/2 et de midi à 2 heures.

2. Seront membres du Congrès tous les docteurs en médecine, qui s'inscriront en temps utile et qui auront acquitté les droits de cotisation.

Le montant de la cotisation est fixé à 25 francs (= 20 marks = 12 florins autrichiens) et donne droit à un exemplaire des comptes rendus du Congrès.

On pourra retirer la carte de membre du Congrès à partir du 30 juin 1892, contre paiement de la cotisation.

Les personnes qui seraient empêchées de venir au Congrès, mais qui désireraient en avoir les comptes rendus sont priées d'adresser, par mandat postal, leur cotisation au Secrétaire général.

Les annonces d'adhésion, de discours, ainsi que toute demande doivent être adressées au secrétaire général, M. le Dr Gustave Riehl, Vienne, I/20, Bellariastrasse 12, ou à l'un des secrétaires étrangers.

3. Dans la séance d'ouverture du Congrès le Comité d'organisation fera procéder à la nomination du bureau définitif, du président, des vices-présidents et des secrétaires. Les membres du Comité d'organisation peuvent être nommés membres du bureau définitif.

4. Les séances du Congrès seront publiques. Les membres du Congrès, qui désirent faire une communication, ou prendre part dans la discussion pourront s'exprimer dans la langue qui leur est familière.

Les membres désirant faire une communication ou une démonstration sont priés de le faire savoir au Secrétaire général avant le 30 juin 1892.

5. Les questions traitées seront de deux ordres : les unes proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres librement choisies.

6. Les titres des communications et des démonstrations seront publiés avant l'ouverture du Congrès.

Le programme complet sera envoyé vers le 15 juillet et contiendra la liste des membres inscrits à cette époque, de même que les noms des orateurs inscrits pour prendre la parole sur les questions mises à l'ordre du jour, et les démonstrations annoncées, etc.

7. Dans l'ordre du jour de chaque séance, les orateurs inscrits à l'avance

et les communications annoncées au programme général auront la priorité.

8. Les communications peuvent avoir une durée de 20 minutes. Dans les discussions les orateurs ne pourront garder la parole pendant plus de 10 minutes consécutives. Ce temps écoulé, le président pourra interrompre l'orateur ou en appeler à l'assemblée.

9. Les comptes rendus des travaux du Congrès seront publiés dans un volume spécial par les soins du Comité d'organisation.

Les manuscrits des communications devront être déposés sur le bureau avant la levée de la séance.

Le Comité d'organisation décidera de leur insertion totale ou partielle dans le compte rendu officiel.

10. La publication sera faite en allemand. Les manuscrits français et anglais seront publiés dans ces langues.

Quant aux discussions, elles seront reproduites dans les comptes rendus, à condition que les orateurs remettent au plus tard au début de la séance qui suivra, un résumé de leurs discours aux secrétaires de la séance.

Le protocole sténographique des discussions du jour sera tenu à la disposition des orateurs pour être consulté avant la séance du lendemain.

Dans les cas douteux le bureau prononcera.

Les communications qui bien qu'annoncées, n'auront pas été faites, seront admises dans le compte rendu officiel.

Voici les questions proposées par le Comité d'organisation avec les noms des rapporteurs de chaque question :

I. — Anatomie pathologique des maladies du système lymphatique de la peau : R. Paltauf (Vienne).

II. — État actuel de la lèpre en Europe : Arning (Hambourg) et Petersen (Pétersbourg).

III. — Les dermatomycoses considérées au point de vue démographique en France : Feulard (Paris).

IV. — Syphilis tardive : J. Neumann (Vienne).

V. — Anatomie et développement du pigment de l'épiderme : Jarisch (Innsbruck).

VI. — Les psoorospermoses : C. Boeck (Christiania) et A. Neisser (Breslau).

VII. — Principes du traitement de la gonorrhée : A. Neisser (Breslau).

VIII. — Sur le lupus érythémateux : Malcolm Morris (Londres) et Th. Veiel (Canstatt).

Adresser les adhésions et les titres des communications à M. le Dr H. Feulard, correspondant pour la France du Comité d'organisation et qui se chargera de les transmettre au secrétaire général.

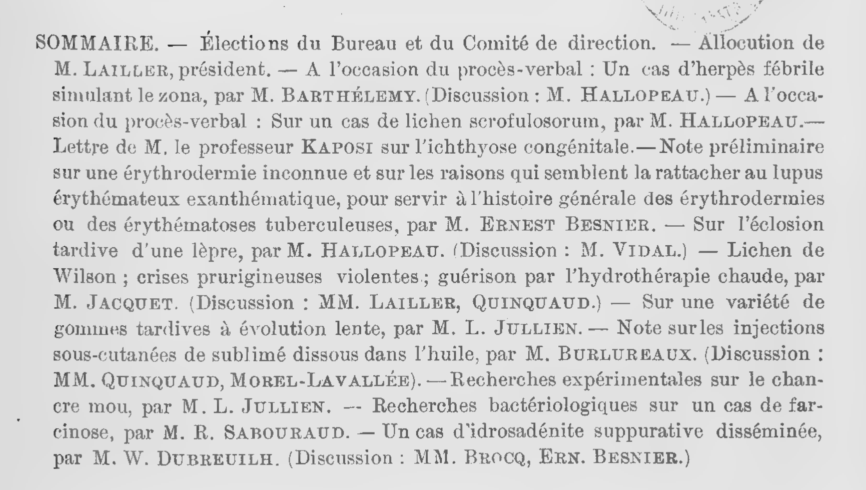
Le Gérant : G. Masson.

HAVRE. — IMPRIMERIE DU COMMERCE, 3, RUE DE LA BOURSE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 21 AVRIL 1892.

PRÉSIDENCE DE M. LAILLER.



SOMMAIRE. — Élections du Bureau et du Comité de direction. — Allocution de M. LAILLER, président. — A l'occasion du procès-verbal : Un cas d'herpès fébrile simulant le zona, par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — A l'occasion du procès-verbal : Sur un cas de lichen scrofulosorum, par M. HALLOPEAU.— Lettre de M. le professeur KAPOSI sur l'ichthyose congénitale.—Note préliminaire sur une érythrodermie inconnue et sur les raisons qui semblent la rattacher au lupus érythémateux exanthématique, pour servir à l'histoire générale des érythrodermies ou des érythématoses tuberculeuses, par M. ERNEST BESNIER. — Sur l'éclosion tardive d'une lèpre, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. VIDAL.) — Lichen de Wilson ; crises prurigineuses violentes ; guérison par l'hydrothérapie chaude, par M. JACQUET. (Discussion : MM. LAILLER, QUINQUAUD.) — Sur une variété de gommes tardives à évolution lente, par M. L. JULLIEN. — Note sur les injections sous-cutanées de sublimé dissous dans l'huile, par M. BURLUREAUX. (Discussion : MM. QUINQUAUD, MOREL-LAVALLÉE). — Recherches expérimentales sur le chancre mou, par M. L. JULLIEN. — Recherches bactériologiques sur un cas de farcinose, par M. R. SABOURAUD. — Un cas d'idrosadénite suppurative disséminée, par M. W. DUBREUILH. (Discussion : MM. BROCQ, ERN. BESNIER.)

Il est procédé aux élections du Bureau et du Comité de direction.

Sont nommés :

Président : M. LAILLER.

Vice-présidents : MM. ERNEST BESNIER, A. FOURNIER, ROLLET (de Lyon).

Secrétaires des séances : MM. ARNOZAN (de Bordeaux), FEULARD, JACQUET, ALBERT MATHIEU, PERRIN (de Marseille), GEORGES THIBIERGE.

Membres du Comité de direction : MM. BALZER, GAUCHER, HALLOPEAU, LE PILEUR, C. MAURIAC.

M. LAILLER prononce l'allocution suivante :

MES CHERS COLLÈGUES,

Permettez-moi de vous remercier de la marque d'estime que vous voulez bien me donner en me réélisant président de la Société française de

dermatologie et de syphiligraphie pour l'année 1892. Je suis très fier de cet honneur que je n'avais pas sollicité.

Avant de reprendre la suite de nos travaux, je vous proposerai de voter des remerciements à notre Secrétaire général et aux Secrétaires des séances pour le zèle avec lequel ils se sont acquittés de leurs fonctions, à l'Administration de l'Assistance publique qui met à la disposition de la Société la salle dans laquelle nous tenons nos séances, au Directeur de l'hôpital Saint-Louis qui met un grand empressement à nous aider pour l'organisation matérielle de nos réunions.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Un cas d'herpès fébrile simulant le zona.

M. Barthélemy. — La communication de MM. Hallopeau et Barrié, sur *l'herpès fébrile pouvant simuler le zona* me rappelle un fait que j'ai observé il y a quelques années à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Joffroy.

Il s'agissait d'un malade très âgé et se mourant d'une pneumonie aiguë droite avec congestion pulmonaire généralisée (pneumonie infectieuse, muguet, etc.). On était vers le 5e ou 6e jour et le malade succomba le lendemain ou le surlendemain.

Or, ce malade présentait sur le côté droit du thorax une bande éruptive, large de quatre doigts, longue de six environ, composée de vésicules et de croûtes. Les vésicules étaient énormes, du volume de pièces de 20 centimes, par conséquent presque bulleuses, et les croûtes donnaient l'aspect de larges lésions ecthymateuses, soit isolées, soit confluentes. La disposition zoniforme était très marquée, mais la bande éruptive, trop large, trop développée même, en avant et latéralement, faisait totalement défaut en arrière ; le diagnostic de plaque *géante* d'herpès se fût imposé d'emblée, n'étaient les dimensions des vésicules et des croûtes : à un examen plus attentif, il devenait certain que le zona n'était qu'apparent et qu'il s'agissait bien en réalité d'un herpès fébrile monstrueux développé avec une intensité exceptionnelle, sur le thorax au lieu des localisations habituelles (lèvres, narines, gorge, etc.).

M. Hallopeau. — Nous nous sommes assurés que les éruptions vésiculeuses présentées par notre malade n'ont laissé à leur suite ni cicatrices, ni anesthésie ; si la loi posée par M. Thibierge est vraie, et nos observations nous permettent jusqu'ici de conclure en ce sens, il s'est donc agi d'un herpès fébrile et non d'un zona.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur un cas de lichen scrofulosorum.

M. Hallopeau. — Sous l'influence d'un traitement par l'arsenic et par l'huile de foie de morue employée intus et extra, l'éruption de lichen de la petite malade que j'ai présentée à la dernière séance, éruption qui durait depuis plusieurs mois, a disparu en quelques semaines ; on voit encore, au cou, les cicatrices des gommes très améliorées par les injections de chlorure de zinc, à la main gauche le spina-ventosa en voie de guérison malgré la production d'une petite eschare, aux membres inférieurs les cicatrices des gommes tuberculeuses entourées des petits nodules lupiques ; autour de celle de la cuisse, un examen attentif permet de reconnaître les traces du semis de papules de lichen qui a été décrit.

Les biopsies pratiquées pendant le sommeil chloroformique n'ont pu malheureusement être utilisées pour les études bactériologiques car les cobayes inoculés sont morts accidentellement au bout de peu de jours.

L'examen histologique a été pratiqué par M. Darier qui en a consigné les résultats dans la note suivante :

« J'ai eu à ma disposition deux fragments de peau excisés ; l'un provient du bord de la cicatrice siégeant sur la hanche gauche et contenait une élevure ressemblant à un nodule lupique ainsi qu'un élément de lichen ; le second provient de la région dorsale et comprenait deux éléments de lichen.

1° Sur les coupes du premier fragment, obtenues après durcissement à l'alcool, coupes colorées au picro-carminate, on aperçoit des lésions disséminées à peu près dans toute l'épaisseur de la peau, mais groupées surtout dans trois foyers principaux.

A la limite du derme et de l'hypoderme, lequel est partiellement sclérosé, se voient des amas d'un tissu néoformé, composé de cellules épithélioïdes, de cellules géantes nombreuses et de cellules embryonnaires fusiformes, le tout étant compris dans un stroma fibrillaire ; ce tissu présente en un mot les caractères des productions tuberculeuses. Sur toute une série de coupes il y a des traînées de ce tissu tout à côté des artères du plexus sous-dermique. Il est donc vraisemblable, d'après la limitation exacte de ces traînées, d'après leur siège et leur forme, qu'il s'agit en ce point d'une lymphangite tuberculeuse. Ailleurs le tissu nouveau diffuse et s'infiltre dans les mailles de la partie profonde du derme et dans l'hypoderme.

Sur les mêmes coupes, on retrouve des amas de ce même tissu tuberculeux dans le 1/3 supérieur du derme où il a donné lieu à l'aspect clinique d'un tubercule lupique. En ce point les cellules épithélioïdes, les cellules

géantes et fusiformes constituent des amas nodulaires et des boyaux ramifiés et irréguliers infiltrés entre les mailles du derme.

Enfin, dans la région où l'on voyait à l'œil nu une papule de lichen, on retrouve sur les coupes ce même tissu dans le corps papillaire et au voisinage d'un follicule pileux. Les coupes provenant du second fragment permettent mieux d'étudier sa localisation dans les éléments de cet ordre.

2° Les coupes du fragment de peau de la région dorsale qui sont les plus instructives sont celles qui ont passé par un follicule pileux ou dans son voisinage immédiat. Dans cette pièce, les lésions sont en effet cantonnées exclusivement au pourtour de ces follicules. Le poil lui-même est normal ; ses gaines ne sont que peu altérées ; mais dans le tissu conjonctif périfolliculaire se trouvent des amas de tissu d'apparence tuberculeuse composé des mêmes éléments que les amas signalés dans la première pièce ; les cellules géantes notamment, munies de nombreux noyaux périphériques ou disséminés dans leur protoplasma, sont assez abondantes, et on en compte souvent 3 ou 4, ou davantage, sur une seule coupe. La lésion ne fait pas tout le tour du follicule pileux ; au moins pour les deux follicules que comprenait notre fragment, elle se localisait d'un côté et s'étendait, en hauteur, depuis la région du bulbe jusqu'au voisinage de l'épiderme du col du follicule ; le tissu morbide forme là des amas arrondis et des boyaux rameux qui s'insinuent entre les mailles conjonctives. Je n'ai pas pu trouver de glande sébacée sur mes coupes, mais je dois avouer que deux ou trois d'entre elles ont subi des accidents dans la manipulation et que leur série n'est donc pas absolument complète.

Autour du follicule, surtout du côté où s'est portée l'infiltration néoplasique du derme, le revêtement épidermique est légèrement épaissi, les papilles et bourgeons interpapillaires sont très irréguliers, la couche cornée est augmentée d'épaisseur et en voie de desquamation.

Les glandes sudoripares, très nombreuses dans les deux fragments, sont normales ; pourtant en deux points j'ai pu voir un canal excréteur se perdre dans un amas tuberculeux comme si le glomérule avait été englobé et détruit par la néoplasie.

Je n'ai pas remarqué d'altérations des vaisseaux sanguins de la peau.

En résumé, sans parler de la lymphangite et des lésions plus diffuses constatées dans le premier fragment, on trouve au niveau des papules de ce lichen une périfolliculite spéciale caractérisée par la présence d'un tissu néoformé d'apparence tuberculeuse.

Il importait de rechercher les bacilles de Koch dans mes coupes ; je n'ai pas pu, faute de matériel suffisant, consacrer plus de 6 ou 8 coupes à cette recherche. Dans aucune d'entre elles, qu'elle vînt de l'un ou de l'autre fragment, je n'ai réussi à colorer des bacilles ; mais, dans ces conditions, ce résultat négatif n'a, il est vrai, pas grande valeur. J'ai appris que d'autre part, par suite d'un accident, les inoculations aux cobayes n'avaient pas donné de résultat.

La preuve scientifique de la nature tuberculeuse de la néoplasie trouvée dans ce cas fait donc défaut ; quoiqu'elle soit très probable au point de vue purement histologique, on doit convenir que sa nature syphilitique ou autre n'est pas absolument exclue.

Mais si l'on rapproche le résultat ci-dessus de ceux qu'ont obtenus dans des cas analogues Jacobi et Sack, on peut conclure :

1° Que le diagnostic de lichen scrofulosorum, posé par la clinique, se trouve ici confirmé par l'histologie ;

2° Que cette affection a pour lésion anatomique une périfolliculite spéciale qui *paraît* de nature tuberculeuse. La constatation de Jacobi qui a trouvé dans son cas des bacilles de Koch confirme cette seconde conclusion. »

Ces conclusions viennent à l'appui de celles que nous avons formulées dans la précédente séance : comme MM. Jacobi et Sack, M. Darier a reconnu aux papules du lichen scrofulosorum la structure des nodules tuberculeux ; ce fait, rapproché de la constatation de bacilles peu nombreux mais bien nets faite dans un cas par Jacobi, de l'apparition de l'éruption après des injections de tuberculine et du groupement des papules de lichen autour des cicatrices gommeuses et de leur cercle de nodules lupiques, ne nous paraît laisser aucun doute relativement à la nature tuberculeuse de cette dermatose ; la preuve nous en paraît faite malgré l'absence d'inoculations établissant sa transmission positive ; il est possible d'ailleurs que ces inoculations ne donnent jamais de résultats puisque, malgré la constatation par Jacobi de quelques bacilles dans des papules, les vraisemblances sont en faveur de lésions provoquées, non directement par l'agent infectieux lui-même, mais secondairement par les ferments solubles qu'il engendre ; la disparition rapide de toute l'éruption chez notre petite malade sous l'influence de l'huile de foie de morue vient à l'appui de cette manière de voir. Il y a un contraste à cet égard entre les localisations périfolliculaires de la tuberculose et celles de la syphilis qui sont remarquables par leur résistance prolongée au traitement intus et extra par les spécifiques.

Lettre de M. le professeur Kaposi sur l'ichthyose congénitale.

En lisant les discussions très intéressantes qui ont suivi les communications de MM. Hallopeau et Bar sur des cas d' « *ichthyose fœtale* », je me suis décidé à attirer l'attention de la Société sur la planche IX, cahier 3 de l'Atlas de Hebra (*Ichthyosis sebacea*), sur la description de cas semblables qui figure dans le grand ouvrage de Hebra-Kaposi (Édit. allemande, t. I, p. 92) et dans mon livre (Édit. française, 2e édition, t. I, p. 194, 195) et sur le chapitre consacré à la « *Dermatitis exfoliativa neonatorum* » (*Ibid.*, p. 821).

Le cas de M. Hallopeau me paraît semblable à celui de la planche citée de l'Atlas de Hébra ; celui de M. Bar peut être rapproché des monstruosités décrites par Steinhauser (*cutis testacea ;* planche reproduite dans l'Atlas de Cazenave ou de Rayer), Kyber, H. Hebra et d'autres. Mais il y a des cas moins prononcés et il me paraît que le cas de M. Bar appartient à cette catégorie, c'est-à-dire est le cas d'un fœtus mieux développé.

Il n'y a pas de doute, d'autre part, que l'*ichthyose congénitale* bien caractérisée pourrait se montrer sous l'aspect du cas de M. Bar, la description seule ne me permettant pas une opinion ferme.

Les enfants nés avec l' « *ichthyosis sebacea* » peuvent être sauvés et après leur guérison (2 à 3 semaines) leur peau paraît tout à fait normale, je veux dire qu'elle ne présente point d'ichthyose.

Il y a des moments, dans l' « epidermitis exfoliativa neonatorum », où il est bien difficile de différencier cette dernière affection de la première. Peut-être s'agit-il de la même affection, commençant dans un cas dans l'utérus même, dans l'autre seulement après la naissance.

KAPOSI.

M. HALLOPEAU. — Je remercie M. le professeur Kaposi d'avoir bien voulu intervenir avec sa grande autorité dans notre discussion sur l'ichthyose congénitale. Je suis heureux de constater qu'il confirme le diagnostic que nous avons porté sur l'enfant que nous avons présenté, car ce qu'il appelle avec F. Hebra ichthyose sébacée, n'est autre que l'ichthyose congénitale des autres auteurs. Pour ce qui est du cas de M. Bar, il offre avec le nôtre de telles analogies que nous croyons devoir le rattacher au même type dont il représente une forme plus accentuée. L'ectropion, la déformation de la bouche et des extrémités, l'attitude des membres, l'aspect collodionné de l'épiderme non desquamé sont des caractères qui nous paraissent le séparer des autres exfoliations congénitales et particulièrement de la cutis testacea et de l'epidermitis exfoliativa neonatorum.

Note préliminaire sur une érythrodermie inconnue et sur les raisons qui semblent la rattacher au lupus érythémateux exanthématique, pour servir à l'histoire générale des érythrodermies ou des érythématoses tuberculeuses.

Par M. ERNEST BESNIER.

I

Bien que personne n'ignore que la tuberculose, à la manière des autres maladies virulentes, puisse déterminer des érythèmes et des érythrodermies, l'attention générale des médecins n'est pas fixée depuis assez longtemps sur leur existence pour les connaître réellement et pour les reconnaître.

Hier encore, alors que l'on pouvait prétendre que la présence réelle du bacille était nécessaire pour caractériser une altération de la tuberculose, on était mal pourvu pour rattacher à cette maladie des lésions dont la forme clinique ne répondait pas au type classique vulgaire. Mais aujourd'hui, où l'on sait, à n'en pas douter, que des foyers de tuberculose peuvent exister à l'état absolument latent (ainsi que le démontrent les examens nécropsiques, et que l'ont montré trop évidemment les injections de tuberculine), et que des infections de voisinage ou à distance peuvent être produites par des toxines à doses infinitésimales, il y a lieu de faire intervenir dans la recherche de la nature des érythématoses inconnues, la possibilité de cette origine tuberculeuse, alors même que ces érythématoses sont résolutives et fugaces.

En ce qui concerne les érythrodermies de la tuberculose, ou si l'on veut les éruptions érythémato-lupiques, on savait en réalité depuis longtemps que l'érythème centrifuge de Biett n'est pas toujours suivi de la série complète de la séquelle lupique, et qu'il peut disparaître plus ou moins complètement, quelquefois complètement, phénomène fort simple qui trouble encore aujourd'hui cependant la conscience de quelques observateurs, et les conduit à suspecter ou à nier la légitimité érythémato-lupique des variétés exanthématiques du lupus érythémateux, — je dis légitimité lupique, et non pas légitimité tuberculeuse, pour bien séparer la question spéciale que je soulève, de la négation encore soutenue par des compatriotes sur la nature tuberculeuse du lupus érythémateux.

On sait enfin, depuis la publication du grand ouvrage de Hebra-Kaposi que des lésions érythémateuses paratypiques, mais appartenant certainement au lupus érythémateux, peuvent apparaître sur tous les points du corps, avec une polymorphie imprévue. Mais ces faits sont restés dans notre pays, et même au pays d'origine, peu étudiés, peu connus, stériles, méconnus, à cause du cercle trop étroit tracé aux cliniciens dans la période histologique qui prend fin actuellement.

La série des lésions cutanées érythémateuses, ou autres, qui ont le bacille tuberculeux pour origine indirecte ou directe est autrement étendue que celle qui a été tracée par l'école histologique ; mais cette limite est aujourd'hui rompue de tous côtés, et le travail récent et très remarquable de Jadassohn sur les relations qui unissent le pityriasis rubra de Hebra à la tuberculose (1) en témoigne en termes clairs.

Eu égard à l'histoire générale de l'érythématose lupique, terme pour nous synonyme d'érythématose tuberculeuse, il était devenu nécessaire de posséder des observations récentes, recueillies au taux clinique du jour. Le fait remarquable qui nous a été présenté, l'année dernière, par M. Hallopeau (*loc. infra cit.*), définitivement confirmé, et l'observation de la malade que je vais vous présenter, quand elle aura été confirmée à son tour, permettront de reprendre la question sur des bases nouvelles plus larges et vraiment médicales.

II

Observation. — Fille de 17 ans, brodeuse en perles au métier, entrée à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Ernest Besnier, le 25 mars 1892. M. Sabouraud, interne du service. (Pièce du Musée de l'hôpital Saint-Louis; *Collect. génér.*, nº 1668.)

I. — Père et mère vivants, de santé moyenne, ayant eu huit enfants, un mort-né, deux morts en bas âge ; les survivants, pas plus que les parents, ne paraissent pas avoir de tare tuberculeuse.

La malade est délicate, nerveuse ; elle a eu presque toutes les affections communes de l'enfance et de la jeunesse. Au mois de janvier 1890, une attaque d' « influenza ». Menstruée à 14 ans, et réglée irrégulièrement depuis. A treize ans et demi elle a commencé à travailler en atelier, pièce assez petite dans laquelle sont réunies, selon le moment, de trois à dix ouvrières.

II. — En juillet 1891, six mois après l'influenza, premier début des accidents, à la suite d'un saisissement éprouvé pendant les règles, à l'occasion d'une querelle, et après suppression brusque de l'écoulement du sang, la malade éprouve des douleurs dans les articulations radio-carpiennes, et dans les jointures des mains des deux côtés, avec un peu de gonflement, et il apparaît, sur le dos du poignet droit seulement, une plaque rouge. De là, l'éruption se diffuse lentement sur le dos de l'avant-bras, et se répartit sur le dos des doigts en petits groupes ; concurremment, se montrent de petites taches roses autour des oreilles.

Rien autre pendant quelques mois ; c'est seulement à la fin de 1891, en décembre, qu'il apparaît au-devant du sternum, en haut, une plaque rouge de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent.

En février 1892, première apparition de l'éruption sur le membre supérieur gauche par une rougeur de la dimension d'un pain à cacheter sur l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche, puis sur le dos

(1) Jadassohn. Ueber die Pityriasis rubra (Hebra) und ihre Beziehungen zur Tuberculose, etc. In *Arch. f. Dermat. u Syph.*, 1891, p. 941, et 1892, p. 85, 273, 463. Anal. franç. par Doyon, in *Ann. de Dermat.*, avril 1892, p. 413.

des doigts. En même temps, les taches pré-auriculaires s'étalent sur le visage ; des disques rouges couronnent les saillies malaires, et le nez se couvre de rougeurs ; la partie inférienre de la face restant en réserve, à l'exception d'une tache rouge au sommet du menton. De décembre 1891 à mars 1892, la plaque du sternum avait continué à s'étaler en haut vers le col, et en bas vers la région mammaire, pendant que des îlots nouveaux se montraient au pubis, aux sommets acromiaux, aux régions fessières. C'est seulement à la fin de mars, après l'entrée à l'hôpital, que sont apparues les lésions des membres inférieurs, constituées par de très petites plaques situées aux malléoles, en avant des tibias, aux genoux.

Sur tous les points où s'étaient développés ces éléments, mêmes phénomènes objectifs : plaques, points, ou lignes rouges, légèrement saillants, se recouvrant d'une très légère desquamation adhérente, croissant par la périphérie toujours indiquée par une ligne rouge sinueuse ou hachurée, allant à la rencontre les uns des autres, pour fusionner. Mêmes troubles subjectifs également : douleurs articulaires ; hyperesthésie cutanée, brûlures, prurit, etc. Avec cela, malaises divers indéfinissables, énervement, perte graduelle des forces, et enfin six mois après le début, au commencement de janvier 1892, obligation de prendre le lit.

III. — Au 25 mars 1892, à l'entrée de la malade, on la trouve dans le décubitus dorsal ; tous ses mouvements, provoqués ou spontanés, douloureux ; non seulement il y a de l'hyperesthésie cutanée au niveau des points éruptifs, mais il n'est pas une seule jointure qui, sans gonflement appréciable, ne soit douloureuse au mouvement ou à la pression.

Même en dehors de l'étrange éruption dont la description sommaire suit, tout est étrange dans l'aspect de ce cas qui diffère de tout ce que l'on observe communément, et qui ne répond à aucun type pathologique classé.

L'éruption, partout d'un rose violâtre, variable selon les oscillations de la circulation cutanée, mais le plus ordinairement d'un *rouge vineux*, est, suivant les lieux, morbilliforme ou scarlatiniforme ; presque nulle part elle n'est lisse ni brillante. Elle est mate par le fait de la desquamation légère et *adhérente* qui se produit à sa surface. Partout elle s'efface, en grande partie, à la pression des doigts, et quand on l'examine à travers une lame de verre comprimant la peau, on retrouve une teinte fauve du fond, en même temps que quelques ponctuations rouges très fines. Cette teinte fauve se remarque spontanément en quelques points où la coloration est habituellement, ou accidentellement, moins rouge, telle qu'à la région cervicale antérieure.

La teinte rouge est partout à deux tons : au centre des îlots primitifs ou des grandes nappes secondaires, le ton est éteint ; il est vif sur tous les points initiaux, et sur toutes les bordures circonférentielles ; l'érythème, en un mot, est partout centrifuge. Au niveau des parties atteintes, la peau est épaissie légèrement ; mais on peut le constater aisément, aussi bien sur les bordures des grandes plaques, et sur les éléments récents qui sont en relief sur les parties saines. Sa démonstration devient très nette au niveau des îlots de réserve qui sont, de toute évidence, au-dessous du niveau des surfaces éruptives.

La progression de l'éruption se fait lentement mais d'un pas continu ; des parties en éruption, s'avançent sur les parties saines des jetées linéai-

res, quelques-unes ponctuées, des espèces de sugillations d'un rose vif qui s'avancent sur le tégument normal. En même temps, sur ces parties saines, qu'elles soient libres ou qu'elles constituent des îlots de réserve, apparaissent des points, des taches, qui s'étalent, vont à la rencontre les unes des autres et, finalement, coalescent. Ce processus n'est modifié par aucune circonstance extérieure ; il ne se produit pas plus rapidement ni plus activement, malgré le prurit, sur les parties laissées exposées que sur les régions occluses dans un pansement ouaté hermétique sec, ou dans les régions enveloppées avec des compresses imprégnées de solution aqueuse de résorcine à 5 pour 100.

IV. — Voici, à présent, la topographie de l'éruption. La tête entière est envahie. Sur le cuir chevelu, couleur rose pâle atténuée par une desquamation sèche adhérente, sans alopécie, ni localisations en disques. Après une teinte fauve douteuse de la lisière, la face devient rapidement d'un rose vineux lisse, luisant sur le nez. La rougeur des oreilles varie suivant l'état de la circulation du visage, mais l'affection y est toujours décelée par une fine desquamation adhérente, sèche. La limite inférieure de la rougeur uniforme du visage atteint la partie rouge de la lèvre supérieure qu'elle exfolie légèrement.

Les paupières atteintes en entier dans leur face cutanée, demeurent tout à fait indemnes dans leur portion conjonctivale, de même que la conjonctive bulbaire. La langue, la cavité buccale, le pharynx, ne sont pas atteints.

Le grand îlot de réserve qui occupait toute la région inférieure et moyenne de la face et qui est représenté sur la pièce moulée et sur l'aquarelle, a presque complètement disparu, comblé à la fois par la progression de ses bords, par l'extension de la plaque mentonnière et par le développement d'un grand nombre de taches érythémateuses isolées. On retrouve là les caractères constants du processus éruptif, c'est-à-dire la coloration érythémateuse vive de tous les éléments jeunes et nouveaux, opposés à la teinte jaune des parties plus anciennement atteintes.

La partie antérieure du col jusqu'au niveau de la saillie des scalènes présente nettement cette teinte fauve avec sécheresse de la surface et desquamation adhérente.

La partie postérieure de la nuque correspondante est en état de prolifération, envahie incomplètement et par conséquent d'une coloration érythémateuse vive.

La grande plaque de la région thoracique antérieure, qui n'a pas cessé de croître depuis l'entrée à l'hôpital, occupe maintenant toute la région comprise entre la région claviculo-humérale, la région intermammaire et la région sous-sterno-mammaire.

Les grands îlots de réserve représentés sur le moulage et sur le dessin ont diminué considérablement de surface, et commencent à enserrer le mamelon, qui forme le centre de l'îlot de réserve.

Tout cela, selon le processus déjà plusieurs fois décrit, avec la coloration fauve des parties centrales avec desquamation sèche et la coloration rose vif des parties qui progressent et qui, dans cette région, sont séparées des parties prolifératives par une collerette de desquamation très accentuée.

En arrière de la région thoracique, toute la surface visible (la malade

étant assise) est libre de toute éruption à l'exception de 3 ou 4 macules isolées à la partie supérieure de la région lombaire, de 2 petites plaques acromiales et de petites sugillations qui envahissent lentement et faiblement.

En quelques points, dans la fosse sus-épineuse, par exemple, en dehors de toute plaque proprement dite, on voit se former des sugillations linéaires isolées semblables à celles qui partent des bords des plaques.

A la partie postérieure, les grandes plaques fessières occupent maintenant toute la région, présentant les caractères des plaques précédemment décrites : coloration fauve au centre, rougeur et sugillation à la périphérie.

Les plaques s'arrêtent aux plis de contact et ne paraissent avoir aucune tendance à s'installer aux orifices naturels.

Membres supérieurs. — Toute la face dorsale de la main droite, tout le dos de l'avant-bras, toute la région olécrânienne sont occupés par une nappe uniforme présentant comme toutes les précédentes la teinte fauve du centre et la coloration grise des bordures.

A la main la face palmaire est réservée en entier, la limite supérieure de la réserve est tracée par le pli radio-carpien, les bords latéraux par la ligne fictive qui sépare la région sudoripare palmaire de la région multifolliculaire dorsale. Les ongles ne présentent aucune altération.

Le *bras* est couvert inégalement de taches sugillatoires ou diffuses d'une coloration rose vif et qui sont en pleine activité d'évolution. Ce membre qui depuis deux semaines est enveloppé dans une solution de résorcine à 5 0/0, non seulement n'a pas bénéficié de cet enveloppement, mais tous les phénomènes s'y présentent plus accentués que sur les autres : prurit plus vif, excoriation produite par le grattage au moment du changement de pansement ; œdématie légère sur le dos de la main et de l'articulation radio-carpienne ; douleur à la pression de toutes les jointures sans exception.

Le membre supérieur gauche qui n'a été envahi que 6 mois après le précédent ne présente, occupé par l'éruption, que le dos de la main et de l'avant-bras ; la région olécrânienne, une petite partie de sa face antérieure et quelques sugillations linéaires sur la face postérieure du bras, en voie de développement. Mêmes limites pour la face palmaire que celles qui ont été décrites pour l'autre côté.

Membres inférieurs.— Depuis l'entrée de la malade, ils ont été enveloppés constamment dans l'ouate recouverte de taffetas imperméable, sans que l'on obtienne même une légère sudation. On ne trouve à leur surface que de très faibles maculatures, sans trace de mouvement extensif accusées seulement aux malléoles, en avant de la saillie du jambier antérieur, au niveau de la crête du tibia et en avant de la rotule et en arrière du tendon calcanéen.

Ces régions n'ont pas eu et n'ont pas de prurit. Elles n'ont pas de douleurs spontanées. Il n'y a pas de gonflement articulaire, mais on relève de la douleur à la pression, au niveau de toutes les jointures, particulièrement des petites.

Les régions fémorales sont libres depuis la partie moyenne ; mais, dès ce point, on constate d'immenses plaques occupant toute la partie supérieure et interne, après un intervalle incomplet se répandant sur la région trochantérienne.

Le centre de ces plaques, qui sont en prolifération aiguë, est lisse, et la péri-

phérie présente au plus haut degré les sugillations linéaires déjà plusieurs fois indiquées et qui marquent la prolifération active des éléments éruptifs.

Se prolongeant jusque dans les régions inguinales, les placards supérieurs occupent tout l'abdomen jusqu'au niveau de l'ombilic qui forme le centre d'un îlot de réserve.

La partie supérieure de cet îlot, à l'aide des traînées linéaires, se dirige vers la grande plaque de la région thoracique antérieure où elle commence à entrelacer ses vergetures avec celles de la plaque susdite.

V. — L'état général a peu varié; état fébrile subaigu rémittent, malaises variés, prurit; gêne des mouvements provoqués à cause des arthralgies multiples; un peu d'appétit, alimentation à la demi-portion.

Urine en quantité normale, non albumineuse.

La température axillaire, après quelques oscillations et un paroxysme vespéral élevé, 38°,9, descend régulièrement le matin à quelques dixièmes au-dessus de 37° et remonte le soir de 1 à 5 dixièmes au-dessus de 38°.

Un nouveau paroxysme apparaît le 18 avril avec malaise vif, et douleurs précordiales.

Il n'y a eu de *diarrhée* que pendant les quelques jours où l'on a donné (d'ailleurs sans succès) du salicylate de soude pour combattre les arthralgies.

La *menstruation* n'a pas reparu, ce qui fait aujourd'hui environ 3 mois de suppression.

La malade n'éprouve aucune douleur intense et le processus éruptif ne s'accuse que par du *prurit*.

Une toux petite, non quinteuse, mais assez fréquente, existe sans expectoration appréciable. A l'auscultation, simple faiblesse du murmure respiratoire, atélectasie habituelle avec altérations mobiles et discutables de la tonalité des bruits de percussion.

La malade accuse des pincements fréquents vers la région précordiale. Le cœur n'est pas normal : 100 battements environ par minute, avec impulsion et vibration transmise aux vaisseaux du cou; le premier bruit est mal perçu, prolongé, et un peu à droite prend le caractère d'un souffle, qui disparaît à gauche et à la pointe (endomyocardite probable).

III

En résumé, une jeune ouvrière en perles, chétive, travaillant dans un atelier étroit, a, au commencement de 1891, une attaque d'influenza. Quelques mois après, à la suite d'une commotion nerveuse banale, et pendant la belle saison, elle éprouve des douleurs articulaires dans les deux extrémités supérieures et elle voit se développer lentement, sur le dos de l'avant-bras et de la main droite une éruption de taches érythémateuses à développement excentrique, prurigineuses, desquamant finement, et, peu après, de petites taches semblables autour des oreilles. C'est tout pendant cinq mois; puis, vers la fin de l'année, apparaît une première plaque rouge sur le sternum.

En janvier 1892, septième mois de la maladie, l'état général, qui était resté bon, commence à s'altérer. Des taches rouges isolées, tou-

jours croissant excentriquement après avoir été ponctuées au début, se développent sur la face, et ne tardent pas à se réunir, puis s'étalent sur le col, en même temps que de nouveaux centres éruptifs apparaissent sur le dos de la main et de l'avant-bras gauches, sur la poitrine, sur l'abdomen, à la face interne et supérieure des cuisses, sur les régions fessières.

Sur tous ces points, le processus est le même, la teinte vineuse, l'infiltration dermique identiques.

Quand une plaque a été constituée par l'agglomération des éléments initiaux, elle se développe par la périphérie à l'aide de prolongements, de digitations érythémateuses qui se dirigent vers les plaques voisines jusqu'à ce qu'elles aient fusionné. Dans les points où la marche initiale a laissé des îlots de réserve, on voit, en même temps que la circonférence éruptive projette des jetées vers l'îlot sain, celui-ci se couvrir d'éléments ponctués ou sugillatoires qui concourent à combler les surfaces premièrement atteintes, toute la surface éruptive desquame finement sans exfoliation sensible, et sans que le grattage enlève la desquamation.

Partout l'érythème disparaît sous la pression du doigt, mais laisse une tache fauve et des points plus colorés, que l'on constate aisément en examinant les surfaces comprimées à l'aide d'une lame transparente, circonstance qui indique l'infiltration du derme superficiel, infiltration que l'on constate également par l'élévation du niveau de la peau, et la saillie marginale des plaques éruptives.

La teinte dominante est rouge vineux, très accentuée, dans les paroxysmes fébriles, et très variable dans une même journée ; elle a trois tons principaux : rouge, fauve, chamois sur quelques points depuis longtemps atteints, rouge, rose pâle sur les grandes plaques, rouge rose vif sur les bords proliférants.

L'éruption qui, pendant les six premiers mois de la maladie, avait été lente et torpide, et n'avait envahi que la main et l'avant-bras droits, progresse, à présent, d'une façon subaiguë et visible ; en quatre mois, elle a couvert la tête entière, la face, sauf une petite réserve mentonnière qui se comble tous les jours, le col, la partie antérieure du tronc, le pubis, les aines, la face interne et supérieure des cuisses, les régions fessières et trochantériennes. Les membres inférieurs n'ont presque rien, et les taches qui s'y sont produites ont pris rapidement le caractère maculeux. Les points de réserve sont la face dorsale du tronc, la face palmaire des mains, une partie de la face antéro-interne des membres supérieurs, et après avoir été longtemps asymétrique l'éruption est devenue, aujourd'hui, à peu près régulièrement disposée dans les points homologues.

L'état général, qui avait été bon pendant les six premiers mois de la maladie, s'altère au fur et à mesure de l'extension des surfaces atteintes. Le pouls est à 100 et au-dessus ; la température axillaire

matinale, en dehors des paroxysmes, reste à 37°,5, pour remonter le soir à 38°,5.

De temps à autre, un paroxysme se déclare, la température axillaire monte le soir à 39°,9, et ne s'abaisse le matin qu'à 38°,9.

La malade tousse fréquemment sans qu'aucun signe fixe d'auscultation ni de percussion dénote une lésion pulmonaire ni pleurale ; elle accuse, dans la région précordiale, des malaises réitérés, des élancements douloureux qui indiquent un trouble quelconque vers cet appareil ; mais l'oreille n'y perçoit aucun phénomène ferme dont la nature ou la localisation affirme autre chose que des troubles d'anémie spasmodique et fébrile, marqués par l'éclat des claquements valvulaires artériels, et un souffle systolique de la base. Toutefois notre impression personnelle basée sur les phénomènes douloureux éprouvés par la malade, sur la mobilité des phénomènes d'auscultation, qui évoluent, est que la surface endocardique subit l'action d'une infection sanguine spécifique ou secondaire dont la réalité sera plus tard déterminée.

Il n'a encore été fait aucune recherche biopsique ni hématologique ; ces points feront l'objet d'études ultérieures. C'est le point de vue clinique seul qui est aujourd'hui soulevé.

IV

Il serait superflu de faire ressortir l'extrême difficulté de juger extemporanément, et surtout objectivement, un fait aussi insolite que celui que je viens de vous présenter.

Ce dont cette éruption se rapproche le plus, c'est des érythèmes prémycosiques dont M. Hallopeau a fait représenter des exemples si remarquables dans les pièces du musée de l'hôpital Saint-Louis (*Collect. génér.*, n°s 1248, 1248 *bis* et 1382).

Cependant une comparaison attentive montre des différences de détail, notamment dans la formation par îlots lenticulaires dans l'érythrodermie prémycosique et il est probable qu'une comparaison exacte des deux descriptions établira plus tard les lignes de différenciation. Mais ce qui, dès à présent, m'a éloigné de m'arrêter à l'idée d'érythème prémycosique, c'est la modération relative du prurit, la nature fébrile de l'éythrodermie, l'absence d'adénopathie, et, par-dessus tout, le jeune âge de la malade.

La série entière des érythèmes scarlatiniformes desquamatifs, les seuls qui, par leur durée éventuelle, leur caractère quelquefois fébrile, pourraient ici être mis en comparaison, se différencie de suite par le fait même du type de la desquamation et des rapports de l'évolution éruptive.

Ici, le processus est subaigu, presque chronique, très localisé encore, malgré dix mois d'existence.

J'ai bien trouvé, rangés dans la vitrine des érythèmes de notre

Musée, trois fort belles pièces portant les nos 809, 1079 et 1080 dans lesquelles l'érythématose présente avec la nôtre des analogies indéniables, mais malheureusement ces pièces, comme il y en a trop dans notre Musée, ne contiennent aucun renseignement utilisable. J'appelle de tous mes vœux une mesure d'ordre qui ne permettrait pas que les admirables pièces de Baretta restent ainsi en aussi grand nombre entièrement sans valeur.

On aurait pu penser, un instant, à une érythrodermie du type des formes exanthématiques et diffuses du lichen ruber, mais la prédominance des lésions à la peau, le caractère purement érythémateux des éléments initiaux, l'intégrité des flancs et de la région lombaire, ainsi que celle des membres inférieurs, et beaucoup d'autres choses encore, telles que le type fébrile, ne permettaient pas de s'arrêter à cette idée.

Sans poursuivre davantage cette élimination trop aisée, il m'a paru plus avantageux de rechercher directement dans quelle série de lésions érythémateuses à évolution lente ou chronique, on pouvait trouver un processus analogue à celui que j'observais. Peu de jours d'examen attentif, et dépourvu de toute idée préconçue, ont suffi pour montrer que le mode érythémateux procédait exactement suivant le type de l'érythème centrifuge de Biett ; que le bord marginal des altérations, toujours plus vif et plus saillant, était entièrement assimilable à la marge centrifuge des érythèmes tuberculeux à foyers multiples qui constituent ce que j'ai désigné sous le terme générique de *lupus exanthématique généralisé*; que sur toutes les surfaces envahies, la couche cornée desquamait finement, restant toujours adhérente et et résistant au grattage ; enfin que, partout, ce grattage déterminait cette douleur particulière propre à toutes les espèces d'érythématotuberculose de la peau.

D'autre part, remettant en mémoire toutes les formes que j'ai pu observer en vingt années dans cet hôpital, il ne m'a pas été très difficile de reconstituer une série complète en commençant par les éruptions érythémateuses résolutives qui précèdent ou accompagnent si fréquemment le lupus érythémateux ultérieurement le plus incontestable (érythèmes lupiques rémittents ou intermittents saisonniers érythèmes d'apparence simple, pré-lupiques, ou péri-lupiques), En continuant par les érythèmes lupiques disséminés graves et qui ont été, sans hésiter, rattachés au lupus érythémateux par Hebra et par Kaposi, et par la série variée des lupus érythémateux exanthématoïdes, lupus iris, lupus engelure, etc. (1).

(1) Voy. E. Besnier et A. Doyon. Notes au lupus érythémateux des deux Éditions françaises, notamment de la seconde édition de Kaposi, p. 256 et suiv. Formes et variétés cliniques du lupus érythémateux, formes vasculaires.

La pièce 1437 du musée de Saint-Louis (Vidal) représente un bel exemple de la

C'est la connaissance de ces faits et leur souvenir qui m'a permis de faire à deux reprises sur la malade, et sur un moulage, le diagnostic de lupus érythémateux dans le fait de M. Hallopeau. (Voyez *Bulletin de la Soc. française de dermat.*, 1890, p. 220 ; Hallopeau, SUR UNE ÉRYTHRODERMIE CHRONIQUE A POUSSÉES AIGUES, DÉBUT PROBABLE D'UN MYCOSIS FONGOIDE ; et *ibidem*, 1891, p. 380 : SUR L'ÉVOLUTION D'UN LUPUS EXANTHÉMATIQUE A FOYERS MULTIPLES.)

C'est une condition semblable, sans aucun doute, qui a amené M. Hallopeau à faire à première vue sur ma malade le diagnostic de lupus exanthématique.

Je considère toutefois que, dans le fait de M. Hallopeau, la nature tuberculeuse, ou érythémato-lupique de l'efflorescence cutanée a, à toutes les périodes, été moins ambiguë que dans le cas présent, en ce que la disposition discoïde a toujours été plus accentuée, et que les nappes éruptives n'ont pas atteint l'uniformité et la diffusion qui font un des caractères les plus remarquables de l'érythrodermie que je viens de montrer, dans toutes les parties où la lésion a déjà quelque ancienneté.

Le seul point dans lequel l'analogie objective avec les formes connues du lupus érythémateux éclate, c'est sur le dos des doigts.

Je ne prolongerai pas cette ébauche de justification du diagnostic que j'ai adopté, et cela d'autant mieux que l'observation de cette malade commence à peine ; il est inutile d'ajouter que c'est à cette Société que les résultats ultérieurs seront communiqués.

Quoi qu'il en puisse advenir, j'aurai atteint mon but si cette communication peut servir à combattre quelques tendances que je considère comme préjudiciables aux progrès de la clinique et à son rôle légitime, et si elle peut provoquer la publication de faits nouveaux qui puissent permettre d'ouvrir le chapitre général des érythrodermies tuberculeuses.

variété disséminée et discoïde du lupus érythémateux généralisé, et se présentant à l'état typique sur le dos des mains.

Le processus excentrique, la desquamation cutanée adhérente centrale ou annulaire rendent le diagnostic relativement facile. Les cas de ce genre s'observent souvent chez la femme et chez les jeunes sujets, je les ai vus être la première manifestation d'une tuberculose ganglionnaire, ultérieurement ulcérée, et donnant lieu dans la cicatrice au développement d'un lupus tuberculeux typique.

La pièce 1540 (Hallopeau) présente un degré plus avancé de la diffusion de l'érythématose lupique, malgré la conservation générale de la disposition discoïde. Mais, ici, le diagnostic objectif est rendu plus difficile par le fait de l'absence de la desquamation adhérente, et l'existence d'une phylcténisation bulleuse étendue à un grand nombre d'éléments qui rapproche considérablement, au point de vue objectif, l'aspect de celle-ci de quelques érythèmes multiformes hydroïques.

Sur l'éclosion tardive d'une lèpre,

Par M. H. Hallopeau.

On sait que la lèpre, comme plusieurs autres maladies parmi lesquelles il faut citer la morve, la rage, et très probablement aussi la tuberculose, peut ne se manifester qu'un laps de temps parfois considérable après l'infection. M. Landouzy a publié un fait dans lequel les premiers symptômes n'ont paru que 14 ans après la date de la contamination.

Chez le sujet que nous avons l'honneur de présenter, la durée de cette période latente paraît avoir été beaucoup plus considérable.

Le nommé B..., couché au numéro 62 de la salle Bazin, a été à la Martinique en 1855 ; il y a fait un séjour de 14 mois, puis il est rentré en France et n'a plus depuis lors été jamais exposé à contracter la lèpre par contagion : or c'est en 1887 seulement que se sont produites les premières manifestations de cette maladie dont il présente aujourd'hui une forme grave.

Ainsi donc, d'après les assertions très catégoriques de ce malade qui paraît d'une entière bonne foi, *c'est 32 ans seulement après son séjour dans un pays où règne la lèpre qu'il en a éprouvé les premiers symptômes ;* il est peu vraisemblable qu'il y ait eu au début une manifestation locale, restée isolée, de l'infection, car le malade affirme très nettement qu'il n'a jamais eu le moindre bouton persistant.

Cette latence de 32 ans est à notre connaissance la plus longue qui ait jamais été signalée dans une maladie infectieuse. On voit bien parfois la syphilis rester silencieuse pendant de longues années, mais toujours elle a présenté ses manifestations initiales ; l'agent infectieux a déjà évolué dans l'organisme : la preuve en est que l'extirpation du chancre n'empêche pas, au moins dans la très grande majorité des cas, la maladie de se développer.

Cette latence initiale de la lèpre doit, comme l'a bien montré M. Besnier, être distinguée de l'incubation ; dans celle-ci, en effet, le contage, après s'être développé silencieusement pendant une période dont la durée est courte et ne varie que dans des limites relativement peu étendues, se traduit par des manifestations générales ou locales ; dans celle-là, au contraire, l'agent infectieux introduit dans l'organisme, y reste absolument inactif, jusqu'au jour parfois très éloigné où les tissus deviennent un terrain favorable à son développement ; M. Besnier le compare très exactement au grain de blé qui, après avoir séjourné pendant deux mille ans dans un sarcophage sans s'y modifier, pousse et donne lieu à la formation d'un épi quand on le sème dans une bonne terre.

Il est très vraisemblable que, pendant toute cette période que M. Besnier appelle « microbisme inerte », l'organisme n'est pas infecté dans son ensemble; on s'explique ainsi les succès des inoculations rabiques.

Malheureusement on peut dire que les sujets ne gagnent pas autrement à attendre ; quand la maladie s'est déclarée, elle peut offrir la même gravité qu'une forme rapidement éclose: ce malade en fournit un exemple.

Au point de vue pratique, ces faits ont une certaine importance ; ils montrent dans quelle réserve il est prudent de rester relativement à la transmissibilité possible de la lèpre dans les pays qui sont actuellement indemnes ; il peut se faire que, dans 32 ans, des individus actuellement en rapport avec ce sujet présentent à leur tour les manifestations de la même maladie.

Nous avons dit que ce développement tardif, évident pour la lèpre, la rage et la morve, devait très probablement exister également pour la tuberculose : bien que fréquente chez les jeunes enfants, le plus souvent cette maladie, alors même qu'elle existe chez le père et la mère, ne se manifeste que pendant la jeunesse ; il en est ainsi particulièrement de la manifestation cutanée connue sous le nom de lupus érythémateux ; l'hypothèse de la transmission d'une simple prédisposition nous paraît en pareil cas peu satisfaisante, car il faudrait admettre en plus une contamination locale dont on ne trouve pas de traces : selon toute vraisemblance, il s'agit d'une infection qui, transmise héréditairement, reste, pendant de longues années, silencieuse, comme l'a été la lèpre chez notre malade.

M. Vidal. — M. Hallopeau est-il bien sûr qu'il n'y avait pas, chez ce malade, de troubles nerveux précédant le développement des lésions cutanées ? Le début peut s'être fait sous la forme tropho-neurotique précédant la lèpre tuberculeuse.

M. Hallopeau. — J'ai interrogé le malade à plusieurs reprises et avec insistance sur ce point et il m'a toujours affirmé qu'il n'avait jamais eu ni atrophie musculaire ni troubles de la sensibilité, sauf depuis 4 ans.

Lichen de Wilson; crises prurigineuses violentes; guérison par l'hydrothérapie chaude,

Par M. L. Jacquet.

L'histoire de cette malade est calquée à peu de chose près sur les observations que je vous ai précédemment communiquées. Début par toute une

série d'ennuis et de préoccupations, période prééruptive de prurit et de nervosisme d'assez longue durée, etc. Mais il y a ici deux particularités qui valent d'être mises en relief. En premier lieu, l'existence de crises de prurit d'une extrême intensité, ces crises ne sont pas mentionnées par les auteurs de façon suffisante. Elles surviennent de préférence quand la malade se déshabille et que ses téguments sont à nu ; ou bien encore après le repas, quelquefois sans cause provocatrice appréciable. Elles étaient ici véritablement frénétiques ; les personnes de l'entourage étaient obligées de sortir de l'appartement et de laisser la malade seule à sa fureur de prurit. Au bout de quelques minutes, la crise terminée, elle était dans un tel état d'épuisement nerveux qu'il lui fallait se mettre au lit.

Cette femme, malade depuis 3 ou 4 mois, a commencé l'emploi quotidien des douches le 2 décembre. Au bout d'une dizaine de jours elle s'est sentie améliorée, dormait mieux, avait des crises moins violentes. Mais quelques jours plus tard elle retombait à peu près dans le même état. Tous les jours vers 5 heures de l'après-midi, elle avait une crise de prurit semblable à celles auxquelles je viens de faire allusion. Je lui conseillai alors de prendre vers 4 heures une seconde douche. Ce qu'elle fit.

Depuis cette époque, les grandes crises ont à peu près disparu et cette femme a retrouvé une vie supportable. Mais elle n'est franchement en convalescence que depuis un mois environ. Depuis cette époque, son éruption, d'abord discrète, a progressivement été remplacée par des macules pigmentées, et vous pouvez juger qu'elle est à peu près complètement guérie.

La seconde malade que je vous présente est tout à fait classique. Malade depuis 16 mois environ, les douches l'ont rapidement soulagée ; elle a cessé leur emploi pendant trois semaines ; une recrudescence violente s'est alors produite. Soignée de nouveau, la guérison à peu près complète que vous pouvez constater est survenue au bout d'une vingtaine de jours.

M. Lailler. — Je demanderai à M. Jacquet s'il a renoncé à l'enveloppement et à la compression ?

M. Jacquet. — Je les ai abandonnées provisoirement afin de juger complètement de l'effet de la médication hydrothérapique ; mais je crois qu'il y aurait avantage à associer ces différents modes de traitement.

M. Quinquaud. — Les faits de M. Jacquet sont très intéressants, mais il y a des cas qui résistent absolument à ce traitement. Je me suis trouvé très bien alors d'envoyer ces malades dans les hautes altitudes et très rapidement il y a une amélioration telle qu'en 6 semaines la guérison est complète.

M. Jacquet. — Cette remarque m'intéresse personnellement beaucoup. Elle prouve qu'on peut guérir le lichen sans agir directement sur la peau, ce qui concorde avec les idées que je soutiens. Elle met en outre en évidence un élément dont on n'a pas tenu suffisamment compte, à savoir l'isolement du malade, la séparation de son milieu, de ses préoccupations : c'est sans doute à cet élément que sont dus les succès obtenus dans les maisons de santé, sur des sujets qui résistaient à tous les traitements employés dans leur milieu habituel de vie.

Sur une variété de gommes tardives à marche lente,

Par M. L. JULLIEN.

C'est une simple observation que je désire vous communiquer en raison des particularités insolites qu'elle a présentées.

Au mois de mars 1890, je fus consulté par une femme de 30 ans, d'apparence florissante, fort inquiète d'avoir vu survenir sur son tégument 4 petites tumeurs dont le volume variait de celui d'une noisette à celui d'une demi-noix. Elles siégeaient sur le mollet gauche, symétriquement sur les fesses à droite et à gauche, et enfin une dernière semblable à une petite olive s'allongeait dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'avant-bras gauche.

Ces tumeurs faisaient corps avec la face profonde de la peau, dont la surface était adhérente et légèrement rosée pour l'une d'elles; cela datait d'environ 3 mois.

Ma première impression fut qu'il s'agissait de petits phlegmons localisés, de cause inconnue; je prescrivis des applications de teinture d'iode, un régime général, puis au bout de quelques jours je perdis de vue cette malade.

Ce n'est que 15 mois plus tard, en juin 1891, qu'elle revint me voir. Je retrouvai les mêmes indurations, avec d'autres nouvellement venues. Leur volume ne semblait pas avoir subi de variation, quelques-unes étaient plus molles; mais aucune ne s'était ouverte. L'état général continuait à être excellent.

Très indécis sur la nature de cette singulière lésion, je fouillai de nouveau les antécédents de la malade, et j'appris que, 12 ans avant, cette femme avait eu à la vulve une petite plaie chancreuse pour laquelle on avait jugé bon de lui faire faire une friction mercurielle; aucune éruption n'était survenue depuis cette époque.

C'en était assez pour que, faute d'hypothèse plus vraisemblable, l'idée de gomme s'imposât à mon esprit, et je proposai à la malade de la soumettre à une épreuve thérapeutique décisive, en lui pratiquant une injection de calomel (10 centigr. de calomel suspendus dans 1 gramme de vaseline). Cette petite opération fut pratiquée le 12 juin 1891; en même temps je prescrivais 2 grammes par jour d'iodure de potassium. Quatre jours plus tard, la question était jugée, les tumeurs étaient en voie d'affaissement complet, et, le 30 juin, je constatais qu'il n'y avait plus de nodosités apparentes; cependant la palpation faisait encore reconnaître quelques irrégularités sous-cutanées. Il est à remarquer que les premiers éléments qui subirent le processus de régression furent les plus mous, ceux dont la surface avait pu faire croire à la possibilité d'un ramollissement ulcéreux. Quelques-uns avaient été si parfaitement résorbés qu'il n'était plus possible d'en retrouver le siège.

Une deuxième injection sous-cutanée de calomel eut raison des derniers vestiges du mal, qui ne laissa par la suite que d'infimes dépressions cutanées comme marques de son passage

Si j'ai tenu à vous exposer ces détails, ce n'est pas seulement pour démontrer une fois de plus la remarquable et vigoureuse action de la méthode thérapeutique de Scarenzio-Smirnoff, mais pour apporter un tribut intéressant, si je ne me trompe, et nouveau au chapitre de l'histoire des gomnes.

Certes les gomnes à marche lente ne sont pas rares ; nous savons que, à la période de crudité, ces tumeurs peuvent durer assez longtemps, plusieurs mois dans quelques rares cas, quelques semaines seulement dans le plus grand nombre, mais cette durée, pour ainsi dire indéfinie, à laquelle nous avons assisté sans surprendre de modification apparente dans l'allure du néoplasme, est tout à fait en dehors des faits habituels. Leur cherchant une assimilation approximative avec les faits décrits déjà, je ne verrais à citer que les observations rapportées par Mauriac sous la dénomination d'érythème noueux syphilitique. Dans ces cas, en effet, il s'agissait, comme dans le nôtre, de tumeurs ovoïdes, quelques-unes en forme de plaques ou de nodules, véritables infiltrats sous-cutanés, intéressant aussi très souvent le chorion, et que l'on trouvait disséminés sur les membres et sur le tronc comme chez notre malade ; cette éruption était toujours résolutive ; mais, à l'inverse de ce que nous avons observé, elle se montrait précocement vers le 4e mois de l'infection en moyenne, et s'accompagnait toujours d'un appareil fébrile très marqué.

Je rappelle que, dans le cas que je viens de relater, la malade était vraisemblablement à la douzième année de son infection. La stagnation du processus, dont nous fûmes témoin pendant un an et demi, dépasse toutes les moyennes citées jusqu'ici ; encore ce processus n'a-t-il pris fin que sous l'action d'une thérapeutique énergique.

Note sur les injections sous-cutanées de sublimé dissous dans l'huile,

Par M. BURLUREAUX,

médecin major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Depuis un an, je traite les syphilitiques de mon service, par des injections sous-cutanées d'huile mercurielle, avec des résultats qui paraissent encourageants.

L'huile me semble en effet un excellent véhicule pour tous les médicaments qu'elle peut dissoudre. Elle est plus facilement digérée par la peau que l'eau, la vaseline liquide ou tous autres véhicules auxquels on a incorporé le mercure ou les sels mercuriels, et d'autre part c'est un aliment de premier ordre qui ne peut être que fort utile

aux syphilitiques. Le sel mercurique est le sublimé ; j'ai aussi essayé le *biiodure* qui m'a paru plus caustique ; le véhicule est de l'huile stérilisée, privée d'acide et filtrée, identique à celle qui doit être conseillée pour les injections créosotées.

La solution est à 0,40 pour 1000, c'est-à-dire que 25 grammes d'huile contiennent un centigramme de sublimé. La dose injectée varie entre 20 et 80 grammes d'huile. Il y aurait avantage à prendre une solution plus étendue encore, et à faire de plus copieuses injections. Elles seraient tout aussi bien tolérées par la peau et l'effet nutritif serait plus accentué, mais la lenteur de l'opération serait un obstacle considérable.

L'injection se fait avec l'appareil dont je me sers pour les injections d'huile créosotée, c'est-à-dire avec une lenteur voulue (20 grammes à l'heure en moyenne). Elle ne nécessite que les précautions d'usage pour les injections créosotées, à savoir, opérer proprement, piquer ni trop profondément afin d'éviter les aponévroses, ni trop superficiellement afin d'éviter les eschares ; laisser couler l'appareil 2 ou 3 minutes avant l'introduction de l'aiguille pour s'assurer qu'il fonctionne, et surtout pour vider le caoutchouc dans lequel a séjourné un peu d'huile de l'opération précédente ; rester 5 minutes près du malade, pour retirer l'aiguille au cas où par hasard elle aurait pénétré dans une veine, ce dont on serait sans doute averti par une suffocation immédiate, je dis sans doute et par analogie avec ce qui se passe pour les injections créosotées, car je n'ai jamais observé le moindre accident embolique avec l'huile mercurielle. A vrai dire, je n'ai jamais vu se produire d'accidents par ce mode spécial d'introduction du médicament. Sur *192 injections*, je n'ai vu qu'une fois une eschare identique à celles que produit l'injection d'huile créosotée faite trop superficiellement, mais je n'ai pas observé d'abcès.

L'injection est plus douloureuse que celle d'huile créosotée au 1/15. C'est là un obstacle à la généralisation du procédé qui doit rester un procédé d'exception pour les cas suivants :

1° Quand il faut instituer une médication intensive ;

2° Quand l'estomac ne paraît pas devoir tolérer le mercure.

Dans ces circonstances, l'introduction sous-cutanée peut remplacer les frictions mercurielles ; elle a sur elles l'avantage de ne pas donner d'éruption hydrargyrique, à preuve un malade de notre service dont l'histoire détaillée a été relatée et qui, ayant pour les frictions mercurielles une intolérance des plus remarquables, toléra les injections de sublimé dans l'huile (1).

Elles paraissent aussi donner moins souvent la salivation hydrargyrique. Un malade, qui avait eu de la stomatite avec des frictions, n'en

(1) Érythème mercuriel scarlatiniforme, observation recueillie par M. Ramally, médecin stagiaire dans le service de M. Burlureaux. *Union médicale*, 6 octobre 1891.

eut pas le mois suivant quand il prit des injections même à fortes doses (75 grammes, soit 3 centigrammes de sublimé). La diarrhée par contre, le plus souvent sans coliques, nous a semblé plus fréquente qu'avec tout autre mode d'administration du mercure.

Nous ne sommes pas en mesure de formuler des conclusions au point de vue thérapeutique, vu que nous n'avons opéré que sur 11 malades.

Nous pouvons cependant dire que l'un d'eux, très maltraité par la syphilis secondaire, a vu ses forces renaître rapidement, et l'anémie disparaître avec les injections ; et qu'un autre, atteint de syphilis tertiaire de la langue, a vu sa gomme disparaître sous l'influence du traitement sous-cutané, combiné avec l'iodure. M. le professeur Fournier qui a vu le malade en décembre, au Val-de-Grâce, ne retrouverait plus trace de sa gomme aujourd'hui.

Pour faire dissoudre le sublimé dans l'huile, il a fallu avoir recours à un stratagème, qui consiste à faire dissoudre le sublimé dans l'éther, 1 gramme de sublimé se dissout dans 5 grammes d'éther et cette solution se mélange très bien à 2 k. 500 d'huile sans qu'il y ait la moindre précipitation du mercure, le mélange se conserve. Il faut cependant éviter de le faire chauffer sous prétexte de chasser l'éther.

Il serait à souhaiter que l'on puisse ainsi incorporer à l'huile et faire absorber par la peau tous les médicaments actifs qui fatiguent l'estomac, on élèverait ainsi à la hauteur d'une méthode ce qui n'est encore qu'un procédé à applications restreintes. Le problème est déjà résolu pour l'introduction dans l'organisme de la créosote et du mercure ; des tentatives faites avec M. Burcker, pharmacien chef du Val-de-Grâce, pour dissoudre les préparations arsenicales, ont été jusqu'ici infructueuses, mais nous ne désespérons pas de l'avenir.

De même nous pensons que l'introduction sous-cutanée d'huile chargée de lécithine ou de névrine chimiquement pures, principes essentiels de la substance nerveuse, remplaceraient peut-être avantageusement les injections de substance nerveuse préconisées par M. C. Paul dans la neurasthénie.

La méthode, en un mot, serait susceptible d'applications dont on ne peut pas prévoir l'importance, comme nous le disait il y a 4 ans M Gimbert, de Cannes, qui en est le véritable promoteur.

État des malades atteints de syphilis soumis au traitement mercuriel.

	Nombre d'injections			Quantité d'huile injectée
I. — Ma...	30 injections à	10 grammes		300
	15 —	20 —		300
	7 —	25 —		175
	7 —	30 —		210
	59	Total.........		985

	NOMBRE D'INJECTIONS				QUANTITÉ D'HUILE INJECTÉE
II. — La...	25	injections à	15	grammes	375
	2	—	20	—	40
	4	—	35	—	140
	2	—	40	—	80
	1	—	45	—	45
	1	—	50	—	50
	35		Total........		430
III. — Fi...	2	injections à	20	grammes	40
	4	—	40	—	160
	1	—	50	—	50
	1	—	60	—	60
	8		Total........		310
IV. — Ba...	8	injections à	10	grammes	80
	2	—	15	—	30
	10		Total........		110
V. — W...	8	injections à	15	grammes	100
	1	—	20	—	20
	1	—	25	—	25
	10		Total........		145
VI. — Al...	1	injection à	20	grammes	20
	1	—	25	—	25
	2		Total		45
VII. — Co...	9	injections à	15	grammes	135
	2	—	20	—	40
	3	—	30	—	90
	6	—	40	—	240
	2	—	60	—	120
	1	—	80	—	80
	23		Total........		705
VIII. — Fr...	8	injections à	10	grammes	80
	2	—	15	—	30
	3	—	20	—	60
	2	—	25	—	50
	15		Total........		220
IX. Lh...	15	injections à	10	grammes	150
	2	—	15	—	30
	1	—	25	—	25
	2	—	30	—	60
	20		Total........		265
X. de B...	2	injections à	10	grammes	20
	2	—	15	—	30
	2	—	20	—	40
	6		Total.........		90

M. Quinquaud. — Il faut être très prudent dans l'usage des injections sous-cutanées de sublimé, car elles déterminent souvent chez les animaux en expérience des altérations rénales aboutissant à une insuffisance rénale manifeste, lorsqu'on en prolonge l'emploi et alors même qu'elles sont faites à faibles doses. Cette insuffisance rénale est due à la stéatose des épithéliums rénaux ; elle détermine l'augmentation de l'urée dans le sang et parfois un véritable tremblement mercuriel. De même, chez l'homme, à la suite de séries d'injections de sublimé faites sans interruption, j'ai vu augmenter la quantité d'urée contenue dans le sang, ce qui indique bien l'insuffisance de la dépuration rénale, alors même que les urines ne renferment pas trace d'albumine. Il est donc nécessaire, lorsqu'on fait usage de ces injections, de les interrompre de temps à autre. Il faut savoir que, si cette méthode de traitement de la syphilis est bonne, elle est dangereuse.

M. Morel-Lavallée. — J'ai essayé depuis quelques semaines les préparations mercurielles dont l'emploi en injections sous-cutanées a été vanté récemment et je dois reconnaître que les résultats n'ont pas été satisfaisants. Sur 3 malades auxquels j'ai fait des injections huileuses de sublimé, 2 ont refusé de continuer ce traitement à cause de la douleur provoquée par les injections ; sur 2 malades auxquels j'ai fait des injections de succinimide mercurique, 1 a refusé également pour la même raison.

Recherches expérimentales sur le chancre mou,

Par M. L. Jullien.

Désireux de vérifier les recherches de Ducrey et de Kretling sur la présence d'un microbe pathogène dans le chancre mou, j'ai pratiqué des inoculations sur une fille entrée récemment dans mon service pour un chancre de la vulve, et sur un malade vu en ville, atteint de volumineux chancres du prépuce.

Les inoculations furent faites avec toutes les précautions antiseptiques. La peau était lavée à la brosse et au savon, puis lavée encore avec les solutions de microcidine, de sublimé, d'acide phénique, et enfin l'alcool pur. Le point de la piqûre était protégé soit par un verre de montre flambé et porté à une haute température, soit par une couche de coton stérilisé, et le tout était recouvert d'un épais pansement ouaté.

Chez la première malade j'obtins avec le pus du chancre un résultat « positif » sur le bras droit. Une première pustule d'inoculation A, donna un pus qui s'inocula positivement en B, mais le pus de B inoculé en C ne donna aucun résultat. Je pratiquai alors une nouvelle inoculation en reprenant du pus à l'ulcère de la vulve, et j'obtins parallèle-

ment une pustule A' qui se reproduisit en B'; mais l'inoculation de B' resta également négative.

Chez mon second malade, les résultats furent identiques, à cela près que je n'entrepris qu'une série; par l'inoculation du pus puisé au chancre j'obtins sur le bras une pustule caractéristique, dont le pus inoculé à son tour donna lieu à une seconde pustule, mais celle-ci ne fournit pas de pus inoculable, et ma série s'arrête à la 3e génération comme les deux précédentes.

Imbu de la doctrine classique, confiant dans le dogme de l'inoculabilité indéfinie du chancre mou, je ne vis d'abord dans l'interruption de mes séries qu'un contre-temps fâcheux, un accident de l'inoculation dû plutôt au manque d'habileté de l'opérateur qu'au défaut de virulence du produit. J'incriminai l'usage des antiseptiques, je me demandai si les solutions employées n'avaient pas par trop imprégné la peau, malgré les soins que je prenais de l'essuyer et de la sécher complètement, et bien que je fusse sûr que mes piqûres, toujours suivies d'une petite déchirure et d'une rosée sanguine, avaient été faites suffisamment profondes.

Quoi qu'il en soit, mes recherches bactériologiques se trouvaient momentanément suspendues, et j'en expliquai la cause à M. Straus, dans le laboratoire duquel je les avais entreprises, quand ce professeur, qui, on se le rappelle, s'est naguère beaucoup occupé du chancre mou, m'apprit qu'il avait été lui-même témoin de faits semblables. Il avait observé de son côté dans plusieurs cas l'impossibilité de prolonger ses séries d'inoculations au delà de la troisième et de la quatrième génération. Et ce fait l'avait également frappé.

Quelle conclusion faut-il tirer de ces faits? Pour mon compte je n'oserai en formuler aucune avant d'avoir renouvelé et varié mes expériences, et je prie mes confrères de considérer surtout ce travail comme une note préventive ou, pour mieux dire, le programme de recherches à faire et qui seront faites. Je voudrais savoir par exemple si le pus qui n'est plus inoculable au porteur le serait sur un autre sujet, ce que j'ignore, tout en le croyant fort improbable.

Ce qui me frappe dans tous ces faits, c'est leur défaut de concordance avec les idées acceptées par nos maîtres Ricord, Bassereau, Clerc, Diday. On dira que les expériences faites autrefois sous un diachylon prêtaient à de grandes erreurs, et que d'ailleurs on s'attachait peu alors à la répétition des inoculations en séries. D'autres penseront que ces insertions antiseptiques étant toutes protégées par un épais pansement, et couvées sous l'ouate, trouvent, suivant l'ingénieuse théorie d'Aubert, dans cette chaleur même qui les entoure la raison de leur neutralisation virulente.

En tous cas, ce que je ne puis m'expliquer, c'est comment Ducrey et Kretling ont pu poursuivre leurs séries jusqu'à la 10e et 15e géné-

ration, tout en se conformant, comme ils l'assurent, aux règles de la plus stricte antisepsie. Leurs résultats diffèrent à ce point des nôtres qu'on en arrive à se demander si c'est bien le même ulcère, la même chancrelle que nous avons étudiée à Paris, à Naples et à Stockholm.

Un autre point sur lequel je me trouve en désaccord avec nos confrères de l'étranger, mais d'accord aussi avec le professeur Straus, est celui qui a trait à la présence d'une bactérie pathogène dans l'ulcère que nous étudions. Comme Ducrey et Kretling, j'ai pu m'assurer de l'abondance et de la variété des microbes que l'on peut constater dans le pus originel. Mais les choses se passent tout différemment lorsque l'on examine la sécrétion des pustules des inoculations pratiquées avec les précautions que nous venons d'indiquer, et protégées de la façon que nous avons dite. Lorsque l'on puise la sécrétion puriforme qui se développe dans ce cas, qu'on l'étale sur une lamelle de verre et qu'on la traite par les colorants ordinaires (violet de gentiane, bleu de méthylène, rouge de Ziehl), j'ai toujours été frappé de ce fait remarquable, à savoir que ce pus ne contient aucun micro-organisme, néanmoins il est encore virulent puisqu'avec lui on peut encore obtenir au moins une nouvelle inoculation féconde.

Ce fait paraît de la plus haute importance ; il prouve que les microbes si nombreux que l'on décèle dans la sécrétion du chancre originel ne sont pas les agents de la virulence chancreuse. L'organisme animé qui détermine le chancre existe assurément, mais nous pensons qu'il est impossible de le déceler par nos moyens actuels de coloration.

J'ai également tenté plusieurs fois la culture du pus prélevé dans les chancres d'inoculation, et ces tentatives de cultures dans différents milieux sont demeurées sans résultat. Ici je me rencontre avec les auteurs précités, car, s'ils annoncent qu'ils ont mis en évidence le microbe spécifique de l'ulcère mou, de culture facile sur la peau humaine, aucun d'eux ne prétend encore avoir découvert le moyen de le cultiver sur des milieux artificiels.

Nous venons de dire que le pus des chancres d'inoculation semble perdre sa virulence dès la 4e ou la 3e génération, ce qui contraste avec la virulence constante, certaine, indéfinie du pus du chancre originel. On pourrait peut-être expliquer cette particularité précisément par l'absence des micro-organismes étrangers que nous avons signalée comme constante dans nos chancres inoculés et protégés. Il se pourrait fort bien qu'il s'agît là de phénomènes d'association microbienne ou de *symbiose* dont l'étude est en ce moment à l'ordre du jour.

Nous savons en effet que certains microbes pathogènes sont singulièrement favorisés dans leur développement et leurs effets quand ils sont associés à d'autres microbes indifférents en apparence, c'est ce qui a été surtout mis en lumière par MM. Vincent et Vaillard pour le

bacille du tétanos. Il est très possible que les choses se passent de même pour le chancre mou, et que ce soit pour ce motif que le pus chancreux *pur*, tel que nous l'obtenons dans nos chancres d'inoculation dûment protégés, soit beaucoup moins virulent que le pus naturel puisé dans le chancre d'origine.

Recherches bactériologiques sur un cas de farcinose humaine,

Par M. R. SABOURAUD.

M. Ernest Besnier a présenté à la dernière séance de la Société de dermatologie un cas de farcinose mutilante de la face.

Je dois à la bienveillance de cet excellent maître, dont j'ai l'honneur d'être l'interne, l'occasion d'exposer ici les recherches bactériologiques auxquelles ce cas intéressant a donné lieu.

C'est de plus une occasion de montrer la simplicité des méthodes par lesquelles on peut donner une démonstration expérimentale rigoureuse de cas semblables dans un laboratoire d'hôpital où l'on dispose de moins de ressources et de moyens que dans les laboratoires spéciaux.

Pour tous les cas concernant une maladie classique dont le microbe est connu, cultivé, inoculable, une démonstration bactériologique est tenue de fournir 3 preuves : des préparations du microbe permettant de reconnaître ses caractères morphologiques, des cultures pures de ce microbe, et enfin des inoculations positives. Mais ces trois preuves : isolement, culture, inoculation, ne peuvent toujours être obtenues dans le même ordre chronologique. Quelquefois un microbe ne sera pas révélé par l'examen microscopique direct, à cause de sa rareté dans la lésion dont il est l'auteur, comme le bacille tuberculeux dans le lupus par exemple, quelquefois les cultures ne pourront être obtenues non plus à cause de l'innombrable quantité des microbes banals survenus secondairement dans la lésion primitive. Souvent donc, et c'est précisément le cas pour la morve humaine (hors des formes exceptionnelles de la maladie), c'est à l'inoculation animale qu'il faudra s'adresser d'abord.

Mais sur quel animal portera l'inoculation? on sait que tous les animaux de laboratoire sont sensibles à la morve, sauf la souris blanche qui fait une exception unique à la règle et inexpliquée.

On sait aussi que la morve est une maladie qui spontanément ne se rencontre guère que chez les équidés.

Parmi les équidés, l'âne et le mulet partagent avec les chevaux de pur sang cette faculté singulière d'augmenter la virulence du microbe

et de succomber invariablement à la morve aiguë même après une inoculation sous-cutanée.

Ce fait fut mis hors de doute par Saint-Cyr, le vétérinaire de Lyon dont les expériences datent de 1850 et précédaient de longtemps les dernières discussions entre les spontanéistes et les contagionnistes sur l'étiologie de l'affection. Ces expériences déjà anciennes furent répétées par MM. Nocard et Straus après la découverte du microbe de la morve par MM. Capitan et Charrin en 1881. Et ce fut le premier réactif animal, et peut-être le meilleur qui fut indiqué pour la démonstration expérimentale de la morve humaine.

Les inoculations se pratiquent ainsi : sur le frontal de l'âne, préalablement rasé, on pratique une série de scarifications linéaires, puis, quand la légère hémorrhagie produite s'est arrêtée, on frotte énergiquement la surface scarifiée, avec un tampon d'ouate sur lequel on a déposé quelques gouttes du pus suspect.

Invariablement, du 10e au 16e jour, l'âne est atteint d'accidents généraux graves, et le plus souvent il succombe vers le 14e jour à des accidents broncho-pulmonaires suraigus.

Le tableau anatomique comme le tableau symptomatique rappelle très exactement la granulie humaine, mais c'est le bacille de Capitan et Charrin et non le bacille de Koch qui est en cause.

Telle est la première méthode de démonstration de la morve par l'inoculation expérimentale. Elle est excellente et très sûre, mais elle comporte des inconvénients. En effet, l'âne n'est pas un animal de laboratoire. Son achat est dispendieux, sa surveillance difficile. Il lui faut une écurie spéciale et qu'il faudra désinfecter par la suite.

M. le professeur Straus a donné récemment un procédé différent qui est aussi sûr et plus maniable. C'est l'inoculation intrapéritonéale au cobaye mâle. Dans les six jours il se produit une orchite spécifique, qui augmente progressivement. C'est d'abord une vaginalite très intense. La peau est tendue, luisante, douloureuse. Puis il survient des ulcérations.

Ce deuxième procédé, excellent pour faire la preuve de la morve humaine, présente des avantages sur le précédent, mais aussi des inconvénients que n'a pas le premier.

Les avantages, c'est par exemple de ne demander qu'un animal peu coûteux, qu'on se procure facilement, dont la surveillance est facile. Un autre grand avantage, c'est la rapidité de la démonstration. Avec ce procédé on peut avoir une certitude en six jours, huit jours au plus. Avec l'inoculation à l'âne, il faut attendre 14 jours la même certitude.

Il est vrai que quelques autres espèces microbiennes pourraient peut-être donner au cobaye mâle un peu de vaginalite, mais passagère, et n'ayant aucun caractère de ressemblance avec l'énorme tumeur testiculaire d'origine morveuse, et ses ulcérations.

L'inoculation à l'âne a sur l'inoculation au cobaye l'avantage de pouvoir fournir à la mort de l'animal des cultures pures qu'on peut faire par exemple avec la pulpe de la rate. Il n'en est pas tout à fait de même avec l'orchite du cobaye. En effet, il existe normalement chez lui une communication permanente entre la séreuse testiculaire et la séreuse péritonéale. Il s'ensuit qu'on peut retrouver plus ou moins nombreuses dans la vaginale toutes les espèces microbiennes qu'on a portées dans le péritoine.

Or la culture — la deuxième preuve — est ici d'une importance majeure. Si donc le pus suspect est très chargé de microbes d'infection secondaire, on prendra pour obtenir les cultures, un autre moyen, l'inoculation sous-cutanée.

Trois jours après elle, en prenant l'un des ganglions voisins du point d'inoculation et non ulcéré, on pourra faire avec lui une culture pure. C'est le moyen qu'on emploie pour l'isolement du bacille tuberculeux, et en général pour tous les microbes de très haute spécificité que les ganglions n'arrêtent pas ou ne détruisent pas.

La culture a été chronologiquement le deuxième moyen proposé pour reconnaître la morve, car c'est dans son deuxième mémoire sur la question que Lœffler, en 1885-86, a fait remarquer les caractères très particuliers des colonies du bacille morveux inoculé sur pomme de terre.

Au contraire du bacille tuberculeux dont la culture est relativement difficile et lente, même sur les milieux glycérinés, spéciaux, le bacille de la morve cultive sans difficulté sur tous milieux artificiels usuellement employés par la technique bactériologique.

Par ce caractère il se sépare nettement des bacilles des autres maladies à tubercules, de la syphilis dont les cultures et les inoculations à l'animal sont toujours restées négatives, et de la lèpre.

Les cultures du bacille de la morve présentent déjà sur gélose des caractères différentiels, ses colonies sont des gouttelettes blanchâtres, plates, formant sur le milieu nutritif un relief mince. En voici un exemple sur une vieille culture qui date de plus d'un an et dont la vie et la virulence sont complètement éteintes à l'heure actuelle.

Mais c'est sur pomme de terre que les colonies présentent un aspect absolument caractéristique, leur couleur varie peu, d'un brun rouge, chocolat au brun gris, café au lait. Et ce caractère est si complètement spécial à la morve, qu'une culture peut être reconnue presque sans examen microscopique.

L'agmination des colonies diffère suivant le procédé d'ensemencement. Ce peuvent être des gouttelettes séparées si la semence a été rare. C'est au contraire une bande ininterrompue si la baguette de platine était chargée de microbes. Mais la couleur reste la même.

L'ensemencement est facile à faire. On prend un cobaye inoculé par la voie sous-cutanée, on met à nu le ganglion dont l'adénopathie

est le plus nette, ou brûle au thermocautère un point de sa surface, puis on pique cette surface avec l'extrémité très effilée d'une pipette Pasteur. L'effilure sert de baguette pour l'ensemencement.

La troisième preuve bactériologique est l'examen du microbe.

Pour plusieurs micro-organismes, les méthodes de coloration sont spéciales, pour le bacille tuberculeux par exemple.

Le bacille de la morve ne présente point cette condition favorable. Sous ce rapport la seule particularité qu'il offre c'est sa difficulté de coloration, et son peu de résistance aux décolorants.

Il se colore par le bleu potassique de Loeffler ou le bleu phéniqué de Kühne, beaucoup mieux dans l'examen de pus morveux ou de cultures que dans les coupes des tissus où on le retrouve difficilement. Cette différence tient à ce que les simples frottis sur une lamelle peuvent être déshydratés par la chaleur, tandis que les coupes doivent être déshydratées à l'alcool absolu qui est un décolorant. Le bacille de la morve se présente comme un bâtonnet ordinairement rectiligne, ténu et allongé. Il est un peu moins long que le bacille tuberculeux, mais surtout beaucoup plus mince. Si le pus dans lequel on l'examine contient d'autres microbes, on remarque qu'il est moins coloré que les autres, ce qui tient aux conditions dont nous parlions tout à l'heure.

A un très fort grossissement, il paraît coupé transversalement de bandes réfringentes et de bandes colorées. Ces bandes sur lesquelles on a beaucoup discuté, dans lesquelles certains auteurs, à tort, ont voulu voir des spores, dont quelques autres ont voulu faire un signe caractéristique de ce bacille, sont à peu près sans valeur.

On les obtient chez beaucoup d'autres bacilles, chez le bacille tuberculeux par exemple, en usant de certains artifices colorants, en se servant par exemple (pour le bacille de Koch) de la méthode de Gram ou de la méthode de Lustgarten.

Ces bandes ne peuvent être observées à des grossissements ordinaires de 900 ou 1,000 et il faut aller jusqu'à 2,000 diamètres et plus pour les apercevoir nettement.

Telles sont en résumé les différentes preuves bactériologiques qu'il faut donner de la morve, et tels sont leurs moyens d'exécution.

Nous n'avons pas songé à utiliser le procédé d'inoculation à l'âne, le procédé de Saint-Cyr et de Nocard. C'est une méthode qu'on peut suivre dans une école vétérinaire, mais non dans un laboratoire d'hôpital. Nous nous sommes donc adressé au procédé d'inoculation de M. Straus, à l'inoculation intrapéritonéale du cobaye. Ce procédé a d'ailleurs un immense avantage, celui de présenter moins de chances de dissémination du germe dangereux.

Trois jours après l'inoculation, l'orchite du cobaye était déjà manifeste, le testicule ne passait plus à l'anneau.

Six jours après l'inoculation la tumeur testiculaire était devenue énorme et présentait tous les caractères de celle qu'on obtient par l'inoculation semblable d'une culture pure de 2 semaines, c'est-à-dire d'une virulence moyenne. C'est alors que le cobaye fut sacrifié par le chloroforme. Des cultures et des examens furent pratiqués.

Mais les cultures fournies étaient impures. L'examen démontra la présence abondante du bacille mais aussi des streptocoques, des staphylocoques et des bâtonnets étrangers.

Ce fait s'explique facilement si l'on songe à l'énorme quantité de microbes d'infection secondaire que les ulcérations ouvertes du malade présentaient. Au pourtour de ces lésions morveuses, il existait même sur le visage de nombreuses pustules d'impétigo dont la culture fournissait des colonies pures de staphylocoque doré.

Nous eûmes donc recours à l'inoculation sous-cutanée au cobaye, et le cinquième jour un ganglion repris par les méthodes énoncées plus haut nous donna la culture pure que nous désirions.

Voici d'une part, deux testicules de cobaye sain, et un testicule de cobaye morveux. Les différences sont faciles à voir.

L'énucléation des premiers s'est faite sans la moindre difficulté. Celle du testicule malade au contraire s'est accompagnée de déchirures.

Les testicules sains ont une tunique vaginale mince qui laisse transparaître les vaisseaux, un épididyme dont les canaux sinueux sont parfaitement visibles.

Le testicule malade présente une vaginale épaissie, par endroits des magmas caséeux gros comme une lentille, un épididyme gonflé dont les sinuosités sont masquées par l'épaississement de la séreuse.

Du reste l'examen histologique de coupes de l'organe montre partout dans la séreuse et dans les couches superficielles de la glande une accumulation leucocytaire considérable.

Voici d'autre part les cultures, qui présentent les caractères mentionnés plus haut. Et enfin des préparations obtenues avec les cultures pures. Une remarque est nécessaire en terminant. Elle concerne la virulence des cultures.

Jamais à l'hôpital Saint-Louis, où plusieurs cas de morve humaine ont déjà été vus, aucun ne s'est montré contagieux pour l'homme. Et des malades, dont l'affection n'avait pas encore été diagnostiquée et qui n'étaient par conséquent l'objet d'aucune mesure prophylactique d'exception, ont pu habiter la salle commune pendant des mois sans qu'aucun cas de contagion à l'homme s'en soit suivi.

Cette remarque, que M. le Dr Besnier peut appuyer de sa haute autorité, est d'autant plus singulière que parmi toutes les maladies virulentes dont le microbe est cultivé, aucune ne s'est montrée plus meurtrière pour les savants qui se sont adonnés à son étude.

Les bactériologistes qui ont succombé à cette maladie pour ainsi dire toujours fatale, ne se comptent plus à l'heure actuelle.

Cette année a vu deux morts dues à cette cause, Protopopoff et Helman. Si donc les lésions humaines sont peu contagieuses, sans doute à cause du petit nombre de germes extérieurs disséminés, il n'en est pas de même des cultures dont la virulence est redoutable, et dont le maniement exige une prudence excessive.

Cette remarque s'applique surtout aux cultures jeunes, car une culture en milieu artificiel s'atténue et meurt en un mois 1/2.

La prudence excessive dont nous parlions doit se doubler de ce fait que chez l'homme l'issue de la maladie est presque constamment funeste.

M. Ernest Besnier. — Au point de vue prophylactique et hygiénique, il faut relever dans la communication très intéressante de M. Sabouraud la différence considérable qui existe entre la virulence des cultures pures du bacille de la morve et les exsudats des lésions morveuses de l'homme. Alors que les bactériologistes qui manient les premières sont extrêmement exposés à contracter la morve, les médecins qui sont en contact avec des sujets atteints de morve ont peu à redouter la contagion. J'ai conservé pendant plus d'un an dans mon service un malade atteint de morve chez lequel le diagnostic n'a été établi qu'au bout de plusieurs mois; pendant tout ce temps, il avait été examiné par un grand nombre de médecins et d'étudiants, pansé par la religieuse du service et par les infirmiers, et, malgré l'abondance de la suppuration, il n'est résulté de ces contacts répétés aucune contagion ni pour les autres ni pour moi; une fois le diagnostic établi, les contacts n'en ont pas moins continué quoique avec plus de prudence, mais dans des conditions très insuffisantes de précautions et d'antisepsie hospitalières, qui eussent certainement été impuissantes contre un virus aussi actif que le bacille en culture pure. Il en a été de même au moment du séjour à l'hôpital du malade que j'ai présenté à la dernière séance, chez lequel la nature véritable de l'affection n'a été soupçonnée qu'au bout de 4 semaines, et néanmoins nous n'avons eu aucune contagion à déplorer. Je ne voudrais pas inférer de là qu'il est inutile de prendre dans les hôpitaux et ailleurs des précautions contre la contagion de la morve; j'en conclus seulement qu'il y a une différence considérable entre le bacille de la morve en culture pure et le même bacille associé aux produits morbides de l'homme atteint de morve, et qu'il y a là un point très important à retenir pour l'intelligence ultérieure des aberrations de la contagiosité et des contagiosités paradoxales que l'état de la science ne permet pas encore de revêtir d'une interprétation ferme et à d'autres points de vue.

Idrosadénite suppurative disséminée,

Par M. WILLIAM DUBREUILH.

Sous le nom de folliculites agminées ou disséminées, on a décrit un certain nombre d'affections caractérisées par des foyers inflammatoires isolés, plus ou moins profonds, dont les rapports avec les follicules pilo-sébacés sont tantôt très évidents, tantôt très incertains. Parmi les maladies évidemment diverses, provisoirement groupées sous ce nom, il en est un type qui avait frappé les observateurs par le début profond de la lésion et par sa localisation possible dans les régions palmaire et plantaire. On en trouve une description très succincte mais parfaitement claire et caractéristique dans le livre de M. Brocq sur le Traitement des maladies de la peau, sous le nom de folliculites disséminées des régions glabres et, plus récemment, M. Barthélemy a fait un travail important sur cette même affection dont il distingue deux variétés sous les noms d'*acnitis* et de *folliclis*. Mais, si la description clinique donnée par ces auteurs est très complète, il n'en est pas de même de la description anatomique ; ils n'ont pas pu préciser le point de départ anatomique de la lésion, probablement parce qu'ils les ont étudiées à une période trop avancée.

J'ai eu l'occasion d'observer récemment un cas des plus intenses et remarquable par la longue durée de la maladie et par l'abondance de l'éruption surtout à la paume des mains. De plus, l'excision de plusieurs lésions très jeunes m'a permis d'établir qu'il s'agissait d'une maladie primitivement et exclusivement localisée dans les glandes sudoripares et de confirmer les observations de Bronson et Fordyce d'une part et de Pollitzer de l'autre qui, ayant étudié des cas analogues ont de même conclu à une idrosadénite.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, domestique, chez qui l'affection a débuté à l'âge de 7 ans et a toujours persisté depuis. Les premières lésions ont apparu aux mains et aux pieds, elles se sont, depuis, graduellement généralisées et, depuis 2 ans, la face est atteinte à son tour. La lésion éruptive considérée isolément débute par un petit nodule profond de la grosseur d'une tête d'épingle à un grain de mil, qui est peu ou pas visible, mais dont on reconnaît la présence à la palpation. Ce nodule est profondément intra-dermique, il n'est pas mobile sous la peau, mais on sent qu'il est situé dans la partie profonde du derme.

Peu à peu ce nodule grossit, atteint la surface et y produit une papule rouge, saillante, siégeant sur une induration profonde. Au bout d'une quinzaine de jours, le nodule est devenu douloureux et a donné naissance à une pustule profondément enchâssée dans le derme, ou plutôt à un petit abcès ; celui-ci s'ouvre à l'extérieur, forme une croûte et guérit en laissant

une cicatrice arrondie dont le diamètre varie de 2 millimètres (mains) à 1 centimètre (coudes, genoux). L'évolution totale a duré environ 1 mois.

L'éruption ne se fait pas par poussées, elle est continue ; tous les jours surviennent de nouvelles lésions qui évoluent chacune pour son compte. L'éruption est plus abondante au printemps et à la période menstruelle, mais jamais elle ne s'est complètement arrêtée.

Les lésions ne sont jamais groupées ; elles apparaissent isolément et si, par places, les cicatrices sont confluentes, la confluence est successive et non simultanée. Elles siègent un peu partout avec certains points de prédilection. On en trouve à la face où elles ressemblent beaucoup à des pustules et à des cicatrices d'acné, aux oreilles qui sont comme rongées sur leur bord libre ; il en est de même sur le dos où les lésions assez nombreuses ne sauraient être nettement distinguées de l'acné. Quelques cicatrices sont disséminées entre les seins et au-dessous, sur la surface du sein droit ; dans la région lombaire elles sont assez nombreuses, mais il y a longtemps qu'il n'y a pas eu de lésion nouvelle sur le tronc, de sorte que les cicatrices sont toutes blanches. Aux membres supérieurs l'éruption est surtout abondante aux mains et aux doigts (faces palmaire et dorsale) et aux coudes ; l'avant-bras, surtout en arrière et sur les bords, présente un grand nombre de lésions ; les plis du coude et les bras sont à peu près complètement respectés.

Sur les membres inférieurs l'éruption est surtout abondante aux fesses et aux genoux qui sont criblés de cicatrices larges et parfois confluentes, à la face externe des cuisses, sur les jambes ; elles deviennent très abondantes sur la face dorsale des pieds.

La malade se présente à nous en pleine éruption. On trouve partout un grand nombre de lésions à tous les stades de leur évolution, depuis le nodule qu'on ne sent qu'à la palpation jusqu'à la croûte près de tomber en laissant une cicatrice. Dans tous les points de prédominance, la peau est criblée de cicatrices, ce qui est surtout frappant aux mains qui sont un peu rouges, et dont la face palmaire est comme marbrée à cause du grand nombre de cicatrices blanches qui la couvrent.

Sous l'influence de bains quotidiens, la malade s'est fort améliorée, les lésions en évolution ont guéri rapidement ; il n'en est apparu que fort peu de nouvelles, mais je ne considère pas la guérison comme définitive.

L'étude microscopique a porté sur quatre lésions tout à fait jeunes, constituées par un simple nodule dur, indolent et profondément enchâssé, se traduisant à la surface par une très petite papule rougeâtre à peine visible. Les trois premières pièces ont montré des altérations presque identiques. La lésion débute par une ou plusieurs glandes sudoripares groupées et s'étend ensuite de proche en proche aux glandes les plus voisines, de façon cependant que les glomérules centraux sont les plus atteints. Elle consiste en une infiltration de cellules embryonnaires dans le tissu interstitiel du glomérule. L'épithélium des tubes sécréteurs devient moins régulier, ses cellules se multiplient, elles cessent de former un revêtement régulier à une seule couche et obstruent la lumière du tube ; bientôt on ne distingue guère le canal sécréteur que par la membrane propre qui résiste assez longtemps. Enfin tout vestige de la glande normale disparaît et le

glomérule n'est plus représenté que par un amas dense de petites cellules embryonnaires parmi lesquelles on distingue un certain nombre de cellules d'aspect épithélioïde qui paraissent être produites par la multiplication des cellules glandulaires. Sur chacun des nodules excisés et par l'examen de la série des coupes on peut trouver tous ces différents stades.

Outre les lésions des glomérules sudoripares on trouve encore une infiltration leucocytique formant des gaines autour des conduits excréteurs des glomérules enflammés et s'étendant du glomérule à l'epiderme et autour des vaisseaux sanguins de la région située entre les glandes altérées et la surface.

Dans ces trois fragments on trouve en dehors du centre des follicules pileux qui ne présentent aucune altération. Dans le quatrième fragment excisé l'on trouve au centre de la lésion un groupe de trois poils follets. Les follicules ne sont pas altérés, mais sur les trois glandes sébacées il en est deux qui sont nettement suppurées. L'étude attentive de la série des coupes permet de constater que cette inflammation des glandes sébacées n'est que secondaire; elle est consécutive à l'inflammation d'un groupe de glandes sudoripares placées au-dessous d'elles et en contact intime avec elles. En effet les glandes sébacées sont bien remplies de pus mais leur paroi n'est altérée qu'en un point, celui où elles sont en contact avec un foyer inflammatoire situé au-dessous d'elles. Or ce foyer paraît plus ancien et il semble que ce soit lui qui s'est ouvert dans les glandes sébacées. La situation profonde de ce foyer, sa forme permettent d'admettre qu'il est dû à une inflammation des glandes sudoripares et, sur certaines coupes, on peut y retrouver des amas et des boyaux cellulaires qui sont les vestiges du tube sécréteur. Dans le voisinage, on trouve, de même que dans les autres pièces, des glomérules sudoripares enflammés à un moindre degré et des gaines d'infiltration cellulaire autour des conduits sudoripares et des vaisseaux.

Ainsi donc, dans ce cas, comme dans les autres, la maladie est constituée par une inflammation des glandes sudoripares, seulement cette inflammation, propagée aux glandes sébacées, aurait pu en imposer pour une acné, si l'étude attentive de la série des coupes n'avait permis d'établir la marche des phénomènes.

La recherche des microbes sur les coupes colorées par la méthode de Gram-Weigert ou de Löffler est restée infructueuse.

Au point de vue clinique l'observation précédente se rapporte évidemment à la maladie qui a été désignée par M. Brocq sous le nom de folliculite disséminée, et décrite par M. Barthélemy sous ceux d'acnitis et de folliclis.

D'autres observations ont été rapportées par Bronson (1) et par Pollitzer (2). Dans le cas de Bronson les lésions offraient exactement

(1) E. B. Bronson. Acne varioliformis of the extremities. *Journal of cutaneous, and Gen.-ur. diseases*, avril 1891, p. 121.

(2) Pollitzer. Hydradenitis destruens suppurativa. *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1892, I, p. 129.

la même distribution que dans le mien, seulement elles étaient beaucoup moins abondantes. On en trouvait à la paume des mains. Dans le cas de Pollitzer, elles étaient limitées au cou et à la partie inférieure de la face.

Les examens microscopiques de M. Barthélemy ont porté sur des lésions trop avancées pour qu'il fût possible de reconnaître le point de départ de la maladie, mais la présence d'éléments éruptifs sur la paume des mains permettait de penser que la maladie siégeait ailleurs que dans les follicules.

Dans le cas de Bronson où l'examen microscopique a été fait par Fordyce, de même que dans celui de Pollitzer, les lésions affectaient principalement les glomérules sudoripares qui étaient enflammés et envahis par une infiltration embryonnaire intense, secondairement les conduits excréteurs des glandes sudoripares et les vaisseaux qui étaient entourés d'une gaine d'infiltration embryonnaire.

D'après Pollitzer l'inflammation débuterait par l'épithélium glandulaire, tandis qu'elle serait primitivement interstitielle pour Fordyce.

En résumé, je crois que l'acnitis et le folliclis de M. Barthélemy ne sont que des variétés à peine différenciées d'une seule et même maladie à laquelle appartiennent également les observations de Bronson et Fordyce, celle de Pollitzer et la mienne. Cette maladie est due à une inflammation suppurative des glandes sudoripares et doit être considérée comme une *idrosadénite suppurative disséminée.*

La dénomination d'acné varioliforme donnée par Bronson n'est pas soutenable. Comme ce n'est ni de l'acné ni de la folliculite, les noms d'acnitis et de folliclis me paraissent créer une confusion regrettable malgré les réserves de l'auteur qui n'a choisi ces noms que pour exprimer une certaine ressemblance objective. Enfin le nom d'idrosadénite suppurée ne mérite pas le reproche que lui fait M. Barthélemy d'être trop général, car je crois qu'il n'a été employé jusqu'ici que pour les abcès tubéreux de l'aisselle ou idrosadénites phlegmoneuses de M. Verneuil, lesquelles sont suffisamment bien distinguées par leur étroite localisation.

M. Brocq. — La communication de M. Dubreuilh confirme les idées que je me suis faites depuis longtemps sur l'affection dont il vient de nous entretenir. J'ai observé des lésions semblables à la paume des mains et à la plante des pieds, et je les ai rattachées cliniquement à des lésions des glandes sudoripares. Comme, dans un cas, l'examen histologique avait fait penser à M. Jacquet qu'il s'agissait de lésions des glandes sébacées, je ne me suis pas cru autorisé à les ranger définitivement soit dans les affections des glandes sébacées, soit dans celles des glandes sudoripares et, dans mon livre sur le traitement des maladies de la peau, je les avais désignées sous le nom de folliculites disséminées symétriques à tendance cicatricielle.

M. Ernest Besnier. — La communication de M. Dubreuilh montre une fois de plus ce que doivent être les rapports de la clinique et de l'histologie. La clinique ne peut pas progresser sans l'histologie ; mais elle ne doit jamais s'asservir. Toutes les fois que l'histologie donne un résultat positif, la clinique doit l'utiliser ; lorsque, au contraire, l'histologie donne un résultat négatif, la clinique doit l'enregistrer, mais non se croire forcée de le considérer comme valable. Pour ce qui est de l'affection étudiée par M. Dubreuilh, l'échec de toutes les recherches antérieures a été la fragilité excessive du système sudoral, l'impossibilité de retrouver le point de début, et la difficulté de faire le départ des lésions accessoires et plus solides du système sébacéopilaire associé ; mais, malgré les hésitations ou les négations de l'histologie, il y a longtemps que nous rattachons les lésions dont il s'agit au système sudoripare.

Le Secrétaire
Georges Thibierge

SÉANCE DU 22 AVRIL 1892

Présidence de M. Lailler.

SOMMAIRE. — Syphilomatose ulcérante de la face, aiguë, lupoïde ou scrofuloïde; syphilis ignorée, conceptionnelle ou héréditaire; alcoolisme; preuve thérapeutique et zoopsique, par M. ERNEST BESNIER. (Discussion : MM. GAUCHER, VIDAL.) — Folliculites dépilantes des parties glabres, par M. X. ARNOZAN. — Épilation électrolytique, par M. W. DUBREUILH. (Discussion : MM. BESNIER, BROCQ.) — Sur les poussées bulleuses dans les cicatrices d'ulcères variqueux, par M. HALLOPEAU. — Du favus circiné épidermique, par MM. W. DUBREUILH et J. SABRAZÈS. (Discussion : MM. ERN. BESNIER, VIDAL, QUINQUAUD.) — Sur un deuxième cas de polydactylites suppuratives récidivantes, par M. H. HALLOPEAU. (Discussion : MM. VIDAL, G. THIBIERGE.) — Lésions de la moelle (myélite cavitaire) dans la sclérodermie, par MM. JACQUET et DE SAINT-GERMAIN. (Discussion : MM. G. THIBIERGE, ARNOZAN.) — Manifestations oculaires tardives de la syphilis : insuccès du traitement général; succès du traitement local, par M. CH. ABADIE. (Discussion : M. VIDAL.). — De l'infiltration caséo-calcifiée des nerfs dans la lèpre systématisée pure, par M. MARESTANG. — Le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant, par M. BÉCLÈRE.

Syphilomatose ulcérante de la face, aiguë, lupoïde ou scrofuloïde. Syphilis ignorée, conceptionnelle ou héréditaire. Alcoolisme. Preuve thérapeutique et zoopsique,

Par M. ERNEST BESNIER.

I

Les syphiloses tertiaires qui suivent, dans les délais réguliers, une syphilis vulgaire, traitée plus ou moins longtemps dès l'origine, se présentent d'ordinaire avec des caractères typiques qui rendent aisé le diagnostic objectif, et qui permettent de le faire extemporanément.

Il n'en est pas de même, à notre observation, des syphilis ignorées, non traitées, conceptionnelles ou héréditaires. Dans ces derniers cas, surtout s'il intervient en même temps un autre facteur de gravité : alcoolisme, scrofulotuberculose, carcinose, etc., on peut voir se pro-

duire des formes atypiques qui peuvent dérouter l'observateur expérimenté.

Tel est le cas de la malade que je vous présente aujourd'hui guérie, mais dont voici la lésion merveilleusement reproduite par Baretta le 15 mars 1892. (Musée de l'hôpital Saint-Louis. *Collect. génér.*, pièce n° 1659.)

Observation. — Femme de 30 ans, entrée le 9 mars 1892, salle Alibert, n° 14, service de M. Ernest Besnier ; M. Sabouraud, interne.

La malade, en bon état de nutrition générale, se présente avec une vaste et profonde ulcération qui occupe toute la lèvre supérieure et les parties attenantes de la sous-cloison, et de la partie latérale gauche de la face.

Cette ulcération d'aspect blafard, à fond diversement configuré mais surtout fongueux et très suppuratif, est cerclée entièrement par un bord relevé en forme de bourrelet, saillant, ulcéré lui-même et bourgeonnant, déchiqueté du côté de l'ulcération, et entouré du côté de la peau saine d'une étroite bordure érythémateuse à teinte rose vif. Sur le milieu de la lèvre supérieure, l'ulcération a détruit le bord libre, et se prolonge sur la face buccale de la partie rouge de cette lèvre sans atteindre le repli gingival ni la gencive.

Les portions les plus anciennes de cette ulcération forment une nappe plane érodée, les parties les plus récentes, celles qui occupent sa limite externe, sont composées de trois ulcérations associées placées en étages les unes au-dessus des autres, ayant toutes un fond bourgeonnant recouvert de pus crémeux abondant et entourées par le bord infiltré, rouge, déchiqueté déjà décrit. Elles ont succédé comme les précédentes à des gommes cutanées à évolution ulcéreuse rapide.

A l'entour, ni contre les bords ni à distance, aucune lésion de la peau ; pas un seul élément aberrant, rien qui rappelle, même de loin, le lupus tuberculeux proprement dit.

II

Au premier abord cet ensemble paraît un peu insolite, et l'on éprouve quelque hésitation à porter un diagnostic extemporané et purement objectif. Mais, après un examen un peu plus mûr, il est facile de voir qu'en réalité, il s'agit d'une forme de syphilomatose gommeuse en nappe, ne différant des syphilides tuberculo-ulcéreuses, vulgaires, que par un état floride plus accentué, une coloration moins sombre, et un processus plus actif. Ce fut là notre diagnostic, ce fut aussi celui du professeur Fournier à qui nous montrâmes la malade.

Cependant, il se présentait quelques objections. La malade, bien qu'elle fût professionnellement exposée d'une manière toute particulière à contracter la syphilis, semblait n'en avoir présenté aucune trace préalable.

Bien plus, son histoire antérieure portait entièrement sur des faits relatifs à la tuberculose. Hémoptysies répétées, arthrite suppurée

traitée chirurgicalement à la Pitié, etc. ; et enfin, de novembre 1890 à décembre 1891, elle avait séjourné dans un grand hôpital universitaire pour une lésion occupant le même siège et ayant eu les mêmes caractères que présentement, et qui, par le médecin très expérimenté et très distingué du service spécial de cet hôpital avait été jugée tuberculeuse, soumise aux injections de lymphe de Koch (1), aux injections de gaiacol iodoformé, à des ruginations, des scarifications, des cautérisations, et à une série de topiques, et qui avait, finalement, guéri après un an de séjour.

La cicatrisation complète obtenue à la sortie de cet hôpital, au 5 décembre 1891, demeura entière, sauf une légère rougeur jusqu'au mois de février 1892, époque à laquelle des fissures se produisirent sous la narine gauche, puis sur la joue, s'élargirent et s'ulcérèrent ; et, en quatre semaines, la lésion décrite plus haut s'était réalisée.

Ce qu'il y a de particulièrement remarquable, c'est que non seulement la lésion ulcéreuse précédente de la face, mais encore toutes les lésions antérieures observées chez cette malade ont été considérées par tous les médecins qui l'ont soignée depuis dix ans comme tuberculeuses ou « scrofuleuses » et qu'elle a toujours été traitée par l'huile de foie de morue, jamais par l'iodure de potassium ni par le mercure.

Examen fait de l'état actuel, nous n'avons trouvé chez elle aucune preuve présente ni passée de scrofulo-tuberculose ni de tuberculose — pas plus d'ailleurs que de syphilose vulgaire.

L'origine la plus probable chez elle de l'infection syphilitique est la conception — fausse couche à 2 mois 1/2, faite en 1884 — et le facteur de gravité complexe nous paraît résider dans les conditions professionnelles et alcooliques de la malade, en même temps que dans l'absence de tout traitement antérieur, régulier, autre que l'iodoforme administré en même temps que le gaiacol à titre d'anti-tuberculeux.

(1) Voici, d'après les notes que notre savant confrère a eu l'extrême obligeance de nous remettre, le bulletin de ces injections.

« Des injections de lymphe de Koch ont été faites en janvier et février 1891 aux doses de 1, 2 et 3 millimètres cubes. Pas de réaction générale, une seule fois une température de 38°,5. La réaction locale fut très nette. Dès la 1re injection un mouvement congestif se produit sur la surface malade qui rougit, se gonfle, s'étend même, surtout du côté de la commissure gauche. Un suintement séro-purulent la recouvre qui commence à se concréter en quelques points. Après la 2e injection les croûtes isolées se réunissent et forment un placard, une sorte de carapace épaisse La muqueuse elle-même prend part à ce processus et il se produit à la face interne de la commissure une exulcération de la muqueuse, qui est mamelonnée et a pris, par place, l'aspect leucoplasique.

La croûte, qui n'était pas tombée, cède à des applications locales et laisse voir, à la fin de février 1891, l'ulcération telle qu'elle était au début. »

III

Quoi qu'il en puisse être, nous avons commencé le traitement mixte associé, liqueur de Van Swieten et solution d'iodure de potassium, seulement après le moulage exécuté, c'est-à-dire après le 15 mars; la première semaine fut un peu douteuse, mais dès la seconde, le mouvement de régression était tellement avancé, que la preuve était faite et aujourd'hui, à la cinquième semaine, la cicatrisation est à peu près complète sans qu'il reste de cette vaste ulcération, autre chose ainsi que vous le voyez, qu'une cicatrice extraordinairement belle et superficielle. (Musée de l'hôpital Saint-Louis. *Collect. génér.*, n° 1675.)

La démonstration est faite, il n'y a pas lieu d'insister autrement que pour rappeler ce principe, à savoir qu'il est toujours sage dans un grand nombre de lésions tuberculoïdes d'instituer un traitement d'épreuve.

Cependant, pour ne rien omettre, nous ajouterons que du pus recueilli à la surface des ulcérations cratériformes de la face, diluées dans deux centimètres d'eau stérilisée a été inoculé dans le péritoine d'un cobaye par mon interne distingué M. Sabouraud. Aucune réaction locale ou générale appréciable ne s'est produite.

Il y a cinq semaines révolues depuis l'inoculation. Si le pus eût été de nature tuberculeuse, le cobaye serait mort aujourd'hui ou du moins à la période ultime de la cachexie tuberculeuse.

Ce fait expérimental négatif montre qu'il ne s'agissait point de tuberculose, même mixte, et concorde pleinement avec le résultat positif du traitement interne pour affirmer la nature vraiment syphilitique des lésions.

M. Gaucher. — Les manifestations syphilitiques qui ont un siège autre que la peau sont souvent méconnues. J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, une femme qui avait été considérée dans un service de chirurgie comme atteinte d'une double tumeur blanche et de cavernes tuberculeuses du poumon; la présence de lésions cutanées manifestement syphilitiques me conduisit à lui prescrire un traitement spécifique qui amena la guérison des lésions articulaires et des lésions pulmonaires, guérison qui persistait encore quatre ans plus tard.

M. Vidal. — M. Leloir a rapporté au Congrès de la tuberculose un fait remarquable d'hybridité tuberculo-syphilitique dans lequel l'intervention de la syphilis fut démontrée par les résultats favorables du traitement mercuriel et celle de la tuberculose par l'inoculation aux animaux.

Folliculites dépilantes des parties glabres,

Par M. X. Arnozan.

Le groupe des folliculites est tellement vaste et confus que l'on éprouve quelque scrupule à l'enrichir de nouveaux cas. Il serait à coup sûr plus utile de le dissocier et de le diviser en catégories bien précises. Quoique ce travail ne soit pas encore fait, on nous pardonnera de ranger parmi les folliculites les deux observations suivantes ; elles offrent des caractères assez spéciaux pour pouvoir peut-être servir un jour ou l'autre de type à l'une des divisions de cette affection.

Observation I. — D..., 43 ans, journalier à l'usine à gaz, se présente à la consultation dermatologique de la Faculté de médecine de Bordeaux, le 8 janvier 1892. Il porte sur divers points du corps des foyers d'éruption papulo-pustuleuse ; mais les points qui attirent plus spécialement son attention et la nôtre sont deux grands placards ovalaires de 20 centimètres de haut et de 18 centimètres de large, occupant d'une façon mathématiquement symétrique la face externe des cuisses. Leur limite supérieure se trouve un peu au-dessous du grand trochanter ; en avant et en arrière, ils débordent sur les régions antérieures et postérieures des cuisses. On leur distingue d'emblée une partie centrale et une bordure périphérique.

Le centre est formé par une surface absolument lisse et glabre, totalement dépourvue de poils adultes ou de poils follets, formant un contraste des plus marqués avec la peau de la cuisse qui est notablement velue. Quoique le sujet soit très brun, cette surface offre une teinte un peu bronzée plus foncée que le reste des téguments. Elle est parfaitement lisse et polie, ne présente aucune saillie, ni dépression cicatricielle. Par comparaison, le derme de cette partie semble un peu aminci. La sensibilité est parfaite. Le malade affirme (mais nous n'avons pu le contrôler) que la sécrétion sudorale s'y accomplit comme sur les autres points de la peau.

La bordure périphérique forme une couronne de largeur un peu inégale suivant les points que l'on examine, mais qui ne varie pas plus que de trois à quatre centimètres. Elle est constituée, non par des rangées régulières d'éléments éruptifs comme le sont par exemple certaines syphilides tuberculeuses, ou certains lupus circinés, mais par un semis tout irrégulier de pustules à divers degrés d'évolution. Sur les côtés du placard, on compte jusqu'à sept pustules dans la largeur de cette zone ; en haut et en bas, on n'en trouve que deux ou trois, séparées l'une de l'autre par des intervalles qui ne dépassent pas un centimètre, ces éléments éruptifs ne se rapprochent jamais assez pour devenir confluents.

Ils représentent, avons-nous dit, des papulo-pustules à divers degrés d'évolution. Les plus récentes sont de simples boutons plats très superficiels, de la dimension d'une lentille, rouge brun, se décolorant par la pression sans s'aplatir, et présentant comme caractère constant d'être centrées par un poil. A un stade plus avancé, ce poil à son émergence s'entoure d'une petite

pustule, grosse à peine comme un grain de mil et à laquelle le reste de la papule forme une base un peu surélevée. Il perd alors son adhérence et vient sans peine à la pince, entouré d'une gaine opaline infiltrée. Il finit par tomber spontanément, laissant à sa place une minuscule cavité purulente, bientôt cachée par une croûtelle rouge. A ce troisième stade, l'élément éruptif ne tarde pas à s'affaisser, l'infiltration papuleuse disparaît ; la croûtelle tombe, et il reste une petite surface souple, lisse et bronzée, présentant, dans des dimensions restreintes, les caractères que nous avons signalés pour le centre du placard, et sur laquelle on ne peut retrouver la trace de l'orifice pilaire détruit.

Combien de temps dure l'évolution de chacune de ces folliculites? Le malade n'a pu nous le dire, et nous ne l'avons pas suivi assez longtemps pour avoir pu le constater. Mais elle doit être assez lente, comme on peut en juger par l'évolution du placard lui-même. Il y a, en effet, huit ans que la maladie a commencé par un groupe de papulo-pustules sur le centre même de la plaque. Les poils étant tombés à ce niveau il s'est formé une première surface dépilée autour de laquelle ont apparu de nouvelles lésions; et celles-ci, dans leur marche excentrique, abandonnant peu à peu le terrain qu'elles viennent de ravager, ont fini par occuper la grande étendue que nous avons signalée au début. Dans cette assez longue période, il ne semble pas qu'il y ait eu interruption dans les progrès du mal; peut-être ont-ils été un peu plus rapides en été qu'en hiver. Le malade signale en effet des démangeaisons à peine sensibles pendant le froid, vives et persistantes sous l'influence de la chaleur : c'est d'ailleurs le seul trouble fonctionnel dont il se plaigne.

L'affection cutanée n'est pas bornée aux deux placards que nous venons de décrire. Cette année même d'autres lésions ont apparu, toujours d'une façon symétrique, aux genoux, à la partie moyenne postéro-externe des jambes, à la partie supérieure et interne des cuisses, aux fesses de chaque côté du pli interfessier. Individuellement les éléments éruptifs ont les mêmes caractères et présentent les mêmes phases que ceux des grands placards; ils laissent également après eux la peau bronzée, souple et lisse. Mais leur groupement est différent; ils sont semés sans ordre sur les régions qu'ils occupent. Cette différence tient probablement à la date relativement récente de leur apparition. Il est à supposer que, lorsque tous les follicules pileux auront été détruits dans les régions nouvellement envahies, si le mal poursuit sa marche au niveau de chacune d'elles, il entourera la surface dépilée d'une couronne plus ou moins irrégulière, plus ou moins large de papulo-pustules.

Pour compléter la description de l'état du malade au moment de notre première observation, ajoutons qu'il porte dans les plis inguinaux quelques ganglions insignifiants, qu'il présente sur la région sternale quelques petites taches rosées, très pâles ; qu'il est brun et velu sur tout le corps, muni d'une barbe noire touffue tout à fait indemne et d'une chevelure noire un peu moins abondante, dit-il, qu'autrefois et accompagnée d'un peu de desquamation pityriasique du cuir chevelu. A part une céphalée à retours nocturnes assez accentués, le sujet ne se plaint d'aucun trouble fonctionnel. Le cœur et les poumons sont sains, l'urine ne contient ni albumine,

ni sucre ; mais l'estomac est dilaté ; et cinq heures après l'ingestion d'une simple tasse de café au lait, le clapotement y est très facilement perceptible.

Nous avons naturellement cherché dans les antécédents du malade d'une part, d'autre part dans quelques recherches histologiques l'explication de ces folliculites. Notre enquête ne nous a donné aucun résultat important. La gale vers l'âge de 16 ans, la fièvre typhoïde, une blessure pendant la guerre de 1870, suivie de l'amputation partielle d'un doigt, quelques vagues atteintes de rhumatisme, voilà tout ce que nous avons relevé dans l'histoire pathologique du sujet. Examiné avec le plus grand soin au point de vue de la syphilis, il ne nous a présenté aucune trace de cette maladie, ni sur la peau, ni sur les muqueuses. Cependant sur le côté droit de la face interne du prépuce, on aperçoit une surface blanche, un peu nacrée, un peu épaissie, sur l'origine de laquelle le malade ne peut donner absolument aucun renseignement. Il ne sait pas si jamais il a eu en ce point une ulcération. D... est marié ; il a deux enfants très bien portants (9 ans et 4 ans 1/2) ; il en a perdu deux (un mort-né, l'autre à l'âge de onze jours) ; et sa femme a fait plusieurs fausses couches ; elle se porte actuellement très bien. La succession des fausses couches et des naissances normales, des enfants vivants et des enfants morts a été tout à fait irrégulière. La cicatrice préputiale, la céphalée du sujet, les avortements de sa femme, la mort de deux de ses enfants permettent-ils de croire que D... est syphilitique ? C'est possible, mais non certain. Cette syphilis, à supposer qu'elle soit vraie, a-t-elle eu une influence sur son affection actuelle ? C'est plus douteux encore. Nous pouvons ajouter d'ailleurs que le traitement mercuriel n'a eu qu'une influence peu certaine sur les lésions en question.

L'examen microscopique des poils n'a rien révélé d'autre que le gonflement et l'infiltration vulgaire des gaines. L'examen des squames fréquemment répété a permis de constater l'absence de tout parasite de l'ordre des arthrosporées, trichophyton ou achorion, en particulier. Oserai-je dire que j'ai rencontré quelques figures, qu'on aurait pris pour des coccidies ? La question est tellement épineuse, que je ne voudrais me prononcer que lorsque ces parasites seront réellement mieux connus.

Depuis notre première observation, le malade a été revu très irrégulièrement, et il a très irrégulièrement suivi un traitement consistant en bains de sublimé, application sur certains points d'emplâtre de Vigo et sirop de Gibert (deux cuillerées par jour).

Malgré des interruptions fréquentes dans l'application des remèdes prescrits, il semblait se produire une très légère amélioration dans l'état des lésions. Mais tout récemment D..., étant revenu nous consulter, s'est plaint de douleurs rhumatismales subaiguës avec une fièvre très légère. Les articulations tibio-tarsiennes, les coudes, les genoux étaient pris, il y avait même un peu d'épanchement dans le genou droit. Le malade s'est alité, et en quelques jours nous avons vu l'éruption fondre pour ainsi dire sous nos yeux : les papules se sont affaissées, décolorées, si bien que la zone si malade des grands placards, à notre dernier examen, ne se faisait plus remarquer que par une vague teinte bleuâtre, et que sur les autres points les lésions avaient absolument disparu. L'avenir nous dira si cette guérison est temporaire ou définitive.

Mon ami W. Dubreuilh a bien voulu me communiquer l'observation d'un cas analogue. La ressemblance avec le précédent est telle que lorsque nous nous parlâmes de cette curieuse affection, nous crûmes d'abord que nous avions vu isolément le même malade. Voici textuellement les notes qu'il a bien voulu me remettre.

Observavion II. — B..., 50 ans, manœuvre.

La maladie a commencé il y a 8 ans ; et depuis lors elle récidive tous les étés, disparaissant à peu près complètement en hiver.

Jambe droite. — A la face interne se trouve une plaque de la grandeur de la main, dont la partie centrale est absolument glabre. La place de chaque follicule pileux est marquée par une cicatrice de la grandeur d'une tête d'épingle. La plaie ne présente pas en ces points d'autres altérations.

Cette plaque irrégulièrement circulaire est limitée par une bordure rouge que forme une rangée de folliculites. Dans cette zone, chaque poil sort d'une pustule de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis, remplie de pus épais blanc jaunâtre, siégeant sur une base indurée et infiltrée un peu saillante qu'entoure une large zone érythémateuse. Le poil ainsi atteint se laisse arracher sans difficulté, entraînant souvent une gaine épaisse ; après l'arrachement du poil il sort une goutte de pus. Ces pustules forment une zone d'un centimètre autour de la plaque glabre.

Au-dessous de cette plaque se trouve un groupe de la grandeur d'une pièce de 5 francs irrégulièrement criblé de pustules miliaires. A la face interne du genou, plaque de la grandeur de la paume de la main, dont le centre est glabre avec des cicatrices au niveau des follicules, et dont la périphérie est entourée d'une rangée de pustules rouge vif, peu saillantes, plus ou moins infiltrées, surmontées d'une pustule ou d'une croûte centrée par un poil. Mais la plaque est moins régulière en ce sens qu'on y trouve sur toute la surface quelques poils respectés, les uns sains, les autres sortant d'une petite papule rouge pustuleuse ou croûteuse.

La partie interne et postérieure de la jambe est presque entièrement glabre, sauf un groupe de poils au tiers inférieur de la face externe. En somme elle est couverte par une seule plaque très étendue analogue aux précédentes. Les quelques poils que l'on y trouve s'arrachent sans peine avec une gaine infiltrée de pus. Elle est également limitée sur la plus grande partie de son étendue par une bande de folliculites suppurées. Nulle part ces folliculites ne forment de placards épais. Les lésions confluent par leur auréole érythémateuse mais non par leur infiltration toujours assez modérée du reste. En somme, sur les deux tiers de la jambe, les poils sont complètement détruits par les folliculites. Ceux qui restent sont grands, forts et abondants.

Au genou et en quelques autres points, on trouve encore quelques folliculites isolées au milieu des poils sains.

Jambe gauche. — Lésions presque identiques ; symétrie presque absolue. Une grande plaque couvre la face externe de la jambe avec un îlot de poils au centre, indiquant la confluence de plusieurs plaques primitives ; une grande plaque existe à la face interne du mollet ; une autre à la face

interne du genou ; mais celle-ci est plus grande et se prolonge sur la face interne de la cuisse jusqu'au tiers supérieur sous forme d'une bande de deux doigts de largeur de folliculites disséminées.

Nous n'insisterons pas longuement sur les caractères de ces deux observations. Leur analogie, nous pourrions presque dire leur identité, est frappante : mêmes lésions péripilaires, même chute des poils, même marche centrifuge, mêmes plaques glabres. On pourrait presque ajouter même localisation des éléments éruptifs, même symétrie, même âge du sujet, mêmes variations saisonnières. Il est rare de trouver deux cas aussi fidèlement calqués l'un sur l'autre.

L'intérêt de ces faits n'est peut être pas très considérable. Cependant il ne nous ont semblé cadrer exactement avec aucun des types généralement étudiés dans les folliculites. Celui dont ils se rapprocheraient le plus, c'est peut-être certaines alopécies innommées de M. Ernest Besnier. En effet, si la lésion dont ces malades sont atteints avait évolué dans le cuir chevelu, on se serait trouvé en présence de surfaces absolument glabres, qu'au premier abord on aurait cru peladiques. Un examen même sommaire ne tarde pas à montrer d'ailleurs de profondes différences.

Quoi qu'il en soit le groupement spécial et la marche excentrique de ces folliculites agminées nous ont paru dignes de fixer un instant l'attention de la Société.

Épilation électrolytique,

Par M. William Dubreuilh.

Il reste peu de chose à dire sur l'épilation électrolytique après les nombreuses publications qui ont été faites sur cette question, et particulièrement après les importantes communications de M. Brocq. Je crois cependant qu'il n'est pas sans intérêt de vous présenter une observation qui me permettra d'insister sur quelques points du manuel opératoire.

Madeleine S. G. est une jeune fille robuste et bien portante, âgée de 21 ans. Elle a été réglée à 13 ans et à cette époque son système pileux a commencé à prendre un développement anormal. Quand elle est venue me consulter en juin 1891, elle présentait une barbe abondante, assez longue, noire et touffue couvrant les joues, la lèvre supérieure, le menton et les parties antérieures et latérales du cou. L'hypertrichose n'est pas exclusivement limitée à la face car on la retrouve sur le reste du corps et notamment sur les bras qui sont remarquablement velus. Ses parents ne présentent rien d'anormal, mais sa sœur plus âgée qu'elle de quelques années

porte une moustache bien accusée. Ses cheveux sont modérément abondants, ils sont noirs et gros. Ajoutons que la menstruation est régulière et d'abondance normale.

J'ai fait la première séance d'épilation le 17 juin; depuis ce jour jusqu'à la fin de l'année j'ai continué presque tous les jours, et j'ai enlevé 15,000 poils en 120 séances. La face était à ce moment complètement glabre sauf un petit nombre de poils follets ne différant pas par leur longueur et leur épaisseur de ceux qui existent normalement sur la face d'un enfant ou d'une femme. Depuis le 1er janvier jusqu'à ce jour, je n'ai fait aucune séance, voulant me rendre compte de ce qui repousserait. J'ai eu la satisfaction de voir que la repousse a été en somme très modérée.

Je compte bien sur une notable quantité de poils de 2e et de 3e couche, mais le résultat n'en est pas moins très satisfaisant au point de vue des cicatrices.

J'ai enlevé en moyenne 124 poils par séance, mais il y a eu de grandes différences tenant à la durée des séances qui a varié de un à cinq quarts d'heure, et aussi à la région, à l'intensité du courant, etc. Dans certaines séances je n'ai arraché qu'une cinquantaine de poils, dans d'autres j'ai été jusqu'à 250.

Je n'ai pu arriver à ce chiffre qu'en employant largement la cocaïne dont j'injectais une solution à 2 0/0 dans l'épaisseur du derme. Avec une canule coudée je pouvais avec un gramme de solution anesthésier une bande d'un centimètre de large et de trois centimètres de long. J'étais encore favorisé par la puissante vitalité des tissus de mon sujet qui me permettait d'électrolyser des poils assez voisins sans avoir d'ulcération ni de cicatrice. Sur les lèvres, j'ai été obligé d'employer une solution de cocaïne un peu plus forte et encore je ne pouvais anesthésier qu'un espace de quelques millimètres de côté. En revanche, au devant du cou, la peau étant très mince, l'injection pouvait être faite dans l'hypoderme, et elle diffusait beaucoup plus loin tout en produisant une anesthésie parfaite.

Grâce à la cocaïne, j'ai pu employer des courants de 10 milliampères ; et comme le circuit était ouvert et fermé par le sujet lui-même, saisissant et lâchant alternativement une paire d'électrodes cylindriques, je pouvais opérer assez vite en tenant l'aiguille d'une main et la pince de l'autre.

Les aiguilles que j'ai employées sont celles que j'ai l'honneur de vous présenter. L'essai prolongé des aiguilles coudées m'a convaincu qu'elles sont réellement fort commodes conformément à l'opinion de M. Brocq et de M. Debédat (de Bordeaux). Ces aiguilles sont en acier ce qui n'a aucun inconvénient du moment qu'elles servent de pôle négatif. Elles sont d'une extrême finesse et sont constituées par un simple équarissoir d'horloger dont j'ai coupé la pointe et émoussé les angles.

M. Ernest Besnier. — Je demanderai à M. Dubreuilh quel était l'état de la peau à la suite du traitement électrolytique.

M. Dubreuilh.— Pendant le premier mois, on pouvait voir quelques traces

de l'épilation sous forme de taches pigmentées ; mais après cette période, il n'est plus resté que des cicatrices punctiformes, à peu près invisibles.

M. Ernest Besnier. — Ces résultats sont exceptionnellement beaux. J'ai vu un certain nombre de malades soumis à l'épilation électrolytique. Chez beaucoup d'entre eux, le traitement ne laisse aucune trace ; d'autres, que des médecins peu exercés à l'emploi de l'électrolyse avaient traités avec trop de vigueur, ou sans les précautions voulues, étaient dans un état lamentable, la face couverte de cicatrices chéloïdiennes qu'il a fallu traiter par des scarifications en nombre illimité.

M. Brocq. — On peut arriver à détruire complètement les poils, même lorsqu'il s'agit de barbes entières, sans produire de cicatrices ; mais il est indispensable de ne pas faire porter l'électrolyse sur des poils trop rapprochés les uns des autres et pour cela il faut que les poils soient assez espacés pour que les vésicules produites par le passage du courant ne se rejoignent pas. Si on ne prend pas cette précaution, on risque de déterminer des cicatrices, soit déprimées, soit saillantes, qu'il faut traiter par les scarifications. La durée du traitement est toujours longue. On peut, je crois, l'estimer à 2 ans, lorsqu'il s'agit d'une barbe entière, à 6 mois lorsque les poils occupent seulement le menton. Ce qui en augmente la durée, c'est que, une fois la première couche détruite, il se produit une série de couches successives de poils nouveaux, on voit ainsi se montrer une deuxième, souvent une troisième, quelquefois une quatrième couche de poils. C'est la longue durée du traitement qui, en Amérique, a fait tomber cette méthode quelque peu dans le discrédit.

Sur les poussées bulleuses dans les cicatrices d'ulcères variqueux,

Par M. Hallopeau.

La malade qui fait l'objet de cette communication, présente, depuis une année, une série d'éruptions bulleuses dans des cicatrices d'ulcères variqueux ; ce fait nous paraît digne d'attention au point de vue de la clinique et du mode de production des lésions.

L'histoire de la malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Marie C..., matelassière, âgée de 29 ans, entre le 11 janvier 1892, au numéro 8 de la salle Lugol ; elle porte, depuis 6 ans, aux deux jambes, des ulcères variqueux ; il y a un an, après un séjour de 2 mois à l'hôpital Necker, ils étaient complètement cicatrisés quand, pour la première fois, des éruptions bulleuses se sont produites au niveau des cicatrices, d'abord à la jambe droite, puis bientôt à la jambe gauche ; depuis lors, ces éruptions bulleuses se sont fréquemment renouvelées, alors même que la malade gardait le repos au lit, mais surtout lorsqu'elle marchait ; elles ont continué à se manifester pendant le séjour de la malade à l'hôpital. Les

cicatrices occupent le tiers inférieur des deux jambes ; la peau, amincie à leur niveau, est par places colorée en brun foncé, décolorée en d'autres points ; la sensibilité au contact et à la température est très amoindrie dans les parties décolorées. Les bulles ont une durée éphémère ; leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une amande ; leur contenu, d'abord citrin, se trouble bientôt et parfois devient hémorrhagique ; lorsque l'épiderme s'est rompu, il reste une surface excoriée qui prend les caractères de l'ulcère variqueux ; si la malade garde le repos, la cicatrisation ne tarde pas à se faire ; c'est ce que nous avons observé pendant le séjour de la malade à l'hôpital. Les éruptions bulleuses se produisent indifféremment dans tous les points des cicatrices, sans se limiter au trajet d'un nerf. Il n'existe pas d'autres troubles de l'innervation que ceux que nous avons signalés.

Nous n'avons vu mentionner nulle part dans les auteurs la production de ces éruptions bulleuses dans les cicatrices d'ulcères variqueux, et c'est surtout à ce titre que j'ai cru utile de montrer cette malade. Il ne faudrait pas en conclure qu'elles soient absolument rares ; notre collègue, M. Lailler, nous a dit les avoir observées plusieurs fois et il en est de même de M. le Dr Forestier, d'Aix-les-Bains.

La production de ces poussées bulleuses et leur rôle dans la genèse des ulcères variqueux ne sont pas sans intérêt au point de vue de la pathogénie de ces ulcères.

Depuis les travaux de MM. Terrier, Quénu, Reclus, Broca et Jeanselme, la théorie qui considérait l'ulcère variqueux comme une lésion purement passive, tend de plus en plus à être abandonnée ; la nécrose dermique qui en est la cause paraît être, au moins dans la grande majorité des cas, consécutive à un trouble actif dans l'innervation trophique ; on s'appuie, pour l'affirmer, d'une part sur les faits anatomo-pathologiques qui ont démontré l'existence en pareils cas de lésions des nerfs, d'autre part sur l'observation qui dénote chez les malades atteints de ces ulcères l'existence de troubles plus ou moins accentués de l'innervation ; or, l'histoire de cette malade, en établissant que des poussées bulleuses peuvent être la cause occasionnelle qui amène le retour des ulcérations variqueuses, fournit un nouvel argument contre la théorie qui les considère comme résultant de troubles purement passifs dans la nutrition et montre, au contraire, qu'un trouble dans l'innervation trophique peut intervenir dans leur production.

Du favus épidermique circiné,

Par MM. William Dubreuilh et Jean Sabrazès.

On sait que le favus peut se localiser sur les parties glabres de la peau et y produire deux sortes de manifestations, soit des godets

tout à fait semblables à ceux qu'on observe sur le cuir chevelu, soit des lésions vésiculeuses ou squameuses absolument similaires à celles que produit la trichophytie de ces mêmes régions.

Cet herpès circiné favique avait été vu par Hebra et confondu par lui avec l'herpès circiné trichophytique. C'était même là un des faits sur lesquels il s'était fondé pour admettre l'identité des parasites du favus et de la tondante. La distinction a surtout été faite par Köbner qui, ayant vu cet herpès circiné favique préluder à la formation des godets, l'a décrit sous le nom d'*herpetisches Vorstadium*. Les faits de ce genre sont brièvement signalés dans tous les auteurs classiques, mais leur description très succincte n'indique aucun caractère distinctif.

Nous avons eu l'occasion d'en observer quelques exemples et d'y remarquer une disposition du parasite différente de ce qu'on voit dans la trichophytie cutanée ; cette constatation a pu nous permettre, dans un cas, d'affirmer la nature favique d'une lésion circinée, diagnostic confirmé ultérieurement par l'apparition de godets (1).

Voici l'exposé succinct des faits qu'il nous a été donné d'étudier :

Observation I. — C..., André, âgé de 8 ans, est atteint depuis 3 mois de teigne faveuse ; on trouve sur la bosse pariétale droite un godet typique et, sur l'occiput, une plaque de favus impétigineux. Une première épilation a été pratiquée le 31 janvier 1891.

Depuis le 2 février, des lésions apparaissent à la face. Il s'agit actuellement (10 février 1891) de taches lenticulaires qui siègent, une sur la nuque, quatre sur la joue droite, une sur la lèvre supérieure, une en avant et une au-dessous du menton, une au bout du nez et une entre les deux sourcils. Ces placards sont rouges, un peu saillants, dépourvus d'infiltration, couverts de squames blanches, assez épaisses surtout au centre et se détachant facilement ; il n'y a pas de trace de points jaunes. Aucun trouble fonctionnel. Rien ailleurs.

L'examen microscopique des squames montre des filaments mycéliens formant des amas au centre desquels ils sont très enchevêtrés et à la périphérie desquels ils s'irradient en se ramifiant et en devenant plus rares. On ne trouve pas de chapelets de spores, mais les filaments sont partagés par des cloisons très rapprochées, en segments presque carrés sur la coupe optique et cela presque tout près de l'extrémité libre du filament qui est arrondie. Ces centres d'irradiation sont constitués, dans quelques cas, par un poil follet d'où le mycélium s'étend dans toutes les directions. Du reste, avec ou, plus souvent, sans poil follet au centre, ces amas mycéliens sont assez nombreux dans les préparations, quoique généralement d'assez petit volume pour être compris dans le champ du microscope. Tous ne présen-

(1) Il a déjà été fait allusion à ce fait dans une note sur les cultures de favus, adressée à M. le professeur Mibelli de Cagliari et lue par lui au Congrès des médecins italiens tenu à Sienne en 1891, mais quelques observations nouvelles nous permettent d'y revenir.

tent pas avec la même netteté ces zones d'irradiation périphérique, mais ils présentent au centre un enchevêtrement très dense de filaments de dimensions variées, ramifiés, contournés, cloisonnés, et d'amas de spores libres et non en chapelets. L'aspect de ces amas rappelle un peu celui du *microsporon furfur,* mais plus tassé, plus serré.

On n'applique pas de topique sur ces plaques dont on veut suivre l'évolution.

14 *février.* — On ne voit pas de vésicules sur les plaques. Les plus anciennes ne sont presque plus rouges : elles sont affaissées et simplement squameuses.

Les lésions abandonnées à elles-mêmes ont guéri spontanément et deux mois après il n'en restait plus trace. Il ne s'était pas formé de godets.

5 *mai.* — On trouve encore sur le cuir chevelu des cheveux malades ; l'un d'eux est encore infiltré de spores et semé de filaments mycéliens et de tubes d'air. Sur la face, il ne reste plus le moindre vestige de favus herpétique.

Des fragments de cheveux malades ensemencés sur divers milieux ont fourni des cultures pures de favus.

Obs. II. — F..., Marguerite, âgée de 3 ans, se présente en septembre 1891 à la consultation de l'hôpital des Enfants. Elle présente depuis quinze mois environ des godets faviques et l'on trouve, sur le cuir chevelu, de larges placards de favus squameux ; après un nettoyage complet, on compte un grand nombre de plaques rouges infiltrées, arrondies ou ovalaires ; les cheveux s'arrachent facilement et entraînent une gaine vitreuse ; çà et là traces cicatricielles de favus guéri.

Sur le front, on trouve deux plaques bien limitées, à peine saillantes, de couleur rouge pâle, parsemées de petites vésicules et de squamules adhérentes ; elles ont l'étendue d'une pièce de vingt centimes environ. Sur la joue droite, deux plaques analogues de la grandeur d'un pois ; sur le dos du nez, lésion semblable de même dimension. Cette éruption, dont nous ignorons l'ancienneté, aurait été précédée, il y a un an, d'une poussée semblable qui aurait spontanément guéri.

L'examen des cheveux, leur ensemencement ne laissent pas de doute sur leur nature favique.

En revanche, les squames prises sur les plaques cutanées n'ont jamais pu donner de cultures pures ; leur examen microscopique a montré çà et là très nettement des amas de filaments rameux et enchevêtrés, très serrés au centre et s'irradiant assez irrégulièrement à la périphérie. Il s'agissait donc de favus herpétique qui a guéri spontanément au bout de trois semaines. A la date du 25 septembre, on n'en trouvait plus aucune trace.

Obs. III. — L..., Georges, âgé de 10 ans, est atteint de teigne faveuse depuis une époque indéterminée ; il a été vraisemblablement contaminé par son frère aîné qui a 12 ans, et qui porte encore des placards étendus de favus squarreux.

On trouve sur la tête de Georges un grand nombre de plaques légèrement alopéciques recouvertes de squames grisâtres adhérentes, cachant son cuir chevelu érythémateux, ulcéré par places et infiltré. Les cheveux

s'arrachent très facilement et ne cassent pas ; ils sont dissociés par de longues bulles d'air et montrent çà et là des filaments mycéliens.

Depuis quelques mois ont apparu sur la face de petites plaques rosées, à contours assez réguliers, à surface gaufrée recouverte de squamules très fines, très adhérentes, détachées par un de leurs bords ou plaquées sur la peau. Ces plaques non infiltrées ont un diamètre de un centimètre à un centimètre et demi. On en voit une sur la tempe droite, deux sur la moitié droite du front ; une de ces dernières est située à un centimètre de la lisière des cheveux.

La mère nous dit que des lésions analogues nées sur la joue droite ont guéri sans traitement.

Les squames provenant de ces plaques contiennent des filaments mycéliens soit isolés, soit, le plus souvent, enchevêtrés, rameux, s'irradiant autour d'un centre commun.

Obs. IV. — Le jeune Léon R..., âgé de 9 ans, présente sur le bras droit, au-dessus du coude, un petit placard de la grandeur d'une pièce de 2 fr., rouge, couvert de croûtelles, de petites vésicules et d'une desquamation fine et peu abondante. La plaque est bien limitée, mais n'a pas de bordure nette et les lésions de la peau sont les mêmes en son centre qu'à la périphérie. Après avoir hésité entre le diagnostic d'herpès circiné et celui d'eczéma, on se décide en faveur du premier et l'on fait un badigeonnage de teinture d'iode après avoir prélevé quelques squames pour l'examen microscopique.

Après les avoir fait macérer dans la potasse à 40 0/0, on y trouve quelques très fins poils follets contenant un grand nombre de chapelets de spores ; ces spores sont généralement assez inégales, et quelquefois, surtout à l'extrémité de certains filaments, on en trouve de très volumineuses. Au voisinage de ces poils et dans les squames, des amas de filaments ramifiés et enchevêtrés, amas très denses, formés de filaments ramifiés et feutrés et mélangés de quelques spores libres. Ces amas ressemblent à des fragments de godets faviques et font penser à un favus épidermique. On ne trouve pas de filaments épars longs et peu ramifiés, comme il arrive d'habitude dans la trichophytie cutanée, seulement çà et là un filament court et gros, tortueux et ramifié qui, quoique isolé, paraît provenir d'un des amas décrits ci-dessus.

Quand le malade se présente de nouveau à la consultation la semaine suivante, on trouve que la plaque, encore un peu rouge, surtout à la périphérie, est couverte de squames dont les plus épaisses sont colorées en jaune par la teinture d'iode. Sur la plaque on distingue deux godets faviques d'un jaune très pâle, gros comme une tête d'épingle, un peu saillants par leurs bords et déprimés au centre qui est occupé par un poil follet. L'un d'entre eux est encore recouvert par l'épiderme, pour l'autre le fait est douteux.

On fait faire de simples applications de vaseline boriquée et quand le malade revient quinze jours plus tard tout a disparu ; on peut dire que la guérison s'est faite spontanément.

Dans les trois premières observations, le favus herpétique a coïn-

cidé avec une teigne faveuse du cuir chevelu ; dans la quatrième il s'est présenté isolément, mais sa nature s'est caractérisée ultérieurement par l'apparition de deux godets.

Au point de vue éruptif, le favus circiné épidermique se rapproche beaucoup de l'herpès circiné trichophytique. Il s'en distingue cependant en ce que les placards, quoique bien limités, ne sont pas marginés comme dans la trichophytie, on n'y trouve pas la même tendance à la régression centrale, et les lésions épidermiques aussi bien que la réaction dermique sont aussi accusées au centre qu'à la périphérie. Il en résulte une réelle ressemblance avec certaines formes d'eczéma en placards, et dans l'observation IV le diagnostic de première vue avait pu être hésitant. La plaque est arrondie, généralement assez petite, rougeâtre, légèrement saillante, couverte de fines vésicules, de croûtelles et de petites squames adhérentes. Le favus circiné est beaucoup moins tenace que la trichophytie, et dans les observations qui précèdent la guérison a été presque spontanée.

L'examen microscopique fournit des caractères différentiels beaucoup plus nets. Dans la trichophytie cutanée, les filaments parasitaires sont relativement rares, généralement très longs, peu flexueux et peu ramifiés ; les spores ne s'y rencontrent jamais groupées en amas, mais tout au plus sous forme de filaments en chapelet, enfin le parasite est assez rare pour qu'il faille souvent une longue recherche pour en trouver. Dans le favus épidermique, au contraire, le parasite est généralement assez abondant et facile à trouver. On rencontre bien çà et là quelques filaments isolés, mais ils sont courts, tortueux, rameux et cloisonnés, et l'on trouve surtout des amas compacts formés au centre d'un enchevêtrement très dense de filaments de toutes dimensions, généralement divisés en segments très courts par des cloisons très rapprochées, flexueux, contournés et ramifiés à de courts intervalles. Il y a aussi des spores rondes ou ovalaires, inégales, souvent assez volumineuses, formant des chapelets tortueux ou des amas irréguliers provenant de la dissociation des chapelets. Souvent, un certain nombre de ces spores ont germé et donnent naissance à un filament plus ou moins long. A la périphérie de ces amas le feutrage devient moins dense et les filaments s'irradient tout autour de l'amas comme centre en se ramifiant à de courts intervalles, à angle droit ou aigu. Ces amas se rencontrent souvent au voisinage d'un petit poil lui-même infecté et présentant les caractères du poil favique.

Le petit nombre de nos observations ne nous permet pas de donner ces caractères comme absolus, d'autant plus que nous avons rencontré deux cas d'herpès circiné parasitaire, remarquables au point de vue clinique par l'intensité des lésions vésiculo-croûteuses aussi grande ou même plus grande au centre qu'à la périphérie, au point de vue microscopique par le groupement des filaments mycéliens en

amas feutrés, mais où l'absence de godets caractéristiques au cuir chevelu ou sur les plaques n'a pas permis de conclure d'une façon certaine au diagnostic de favus. Nous devons cependant ajouter que les caractères microscopiques spéciaux que nous venons de signaler se retrouvent dans les lésions squameuses produites chez l'homme par l'inoculation des cultures de favus et aussi dans les squames épidermiques du favus du cuir chevelu à forme pityriasique. Si l'on examine les produits de raclage du cuir chevelu dans un cas de teigne tondante, on trouve des tronçons de cheveux profondément infiltrés, mais ces amas de spores sont parfaitement limités, on ne trouve que très rarement des filaments dans les squames. Dans le favus pityriasique, les cheveux sont moins complètement remplis de spores, et sont moins isolés, on voit les filaments parasitaires traverser l'écorce du cheveu et se ramifier au dehors. Dans le voisinage ou même au conctact du cheveu, on trouve souvent des amas feutrés avec irradiation périphérique, comme ceux que nous venons de décrire. Ils sont tantôt très petits et n'occupent qu'une faible partie du champ du microscope, tantôt beaucoup plus grands entourant le cheveu et arrivant même à constituer de véritables godets. En effet, ces amas feutrés présentent une grande analogie de structure avec les godets du favus, ils en représentent une ébauche, un embryon, et il n'y a pas de limite nette et définie à tracer entre les deux extrêmes, si ce n'est que ceux-là seuls des amas feutrés arrivent à constituer des godets, qui siègent au voisinage d'un poil.

M. Ernest Besnier. — Nous connaissons à l'hôpital Saint-Louis le favus circiné, et même nous l'avons quelquefois dépisté dans la barbe sans qu'il y ait de favus indicateur sur le cuir chevelu. Quant au favus circiné de la peau chez les faviques, il est d'une grande rareté relativement au trichophyton circiné sur les sujets atteints de trichophytie sur le cuir chevelu, ou dans la barbe.

M. Vidal. — J'ai vu quelques exemples de favus circiné; Bazin, Köbner en ont également signalé des cas. On peut même l'observer sur le cuir chevelu lorsqu'il est chauve ou dans les récidives du favus. Quincke, Kràl, Unna ont cru que le favus circiné était dû à un parasite différent de celui qui cause le favus vulgaire.

M. Dubreuilh. — J'ai fait un grand nombre de cultures provenant de cheveux faviques. J'ai toujours trouvé le même parasite dont les cultures inoculées à l'homme produisaient du favus circiné. Ces cultures, comparées par Mibelli à celles d'un grand nombre d'auteurs, lui ont paru identiques.

M. Quinquaud. — J'ai reçu de Unna des cultures que j'ai cultivées à mon tour sur des milieux divers; j'ai constaté que ces cultures présentaient des différences suivant qu'elles se développaient sur des milieux plus ou

moins favorables à leur développement, mais il n'y a pas lieu de se fonder sur ces caractères pour établir des variétés dans le type *achorion*.

Sur un deuxième cas de polydactylites suppuratives récidivantes,

Par M. H. HALLOPEAU.

Il y a deux ans, nous avons eu l'honneur de présenter à la Société un malade atteint d'inflammations suppuratives chroniques des doigts remarquables par leurs récidives incessantes, par leurs caractères cliniques, par les dystrophies unguéales qui les accompagnaient, par la complication de poussées éphémères de dermatite très étendue, et enfin par la production de lésions semblables dans la muqueuse buccale ; la maladie s'est depuis lors terminée par la mort ; cet ensemble de symptômes nous avait paru ne répondre à aucune description classique. Ce fait étant resté jusqu'ici isolé, on pouvait en contester la valeur : le malade que nous présentons aujourd'hui en fournit un second exemple ; il y a donc là un type clinique distinct.

Le nommé D..., âgé de 48 ans, fait remonter à 12 ans le début de sa maladie ; sa santé antérieure avait été généralement bonne, il avait seulement depuis son enfance un psoriasis qui a toujours conservé un caractère des plus bénins et est resté limité aux coudes et aux genoux.

Le point de départ des inflammations digitales paraît avoir été un traumatisme, un fort coup de marteau appliqué sur la région du pouce de la main gauche : il s'en est suivi une suppuration qui s'est bientôt étendue à la face palmaire de ce doigt. Pendant deux années environ, il s'est produit dans cette région une série d'éruptions pustuleuses ; puis ultérieurement des lésions analogues se sont développées sur la face palmaire des autres doigts et de la main. Depuis lors, les poussées pustuleuses se sont succédé sans interruption dans ces mêmes parties, bien que le malade ne se livrât à aucun travail manuel ; les ongles se sont déformés et altérés.

D... paraît d'une constitution vigoureuse ; il est atteint d'une syphilis qu'il a contractée il y a deux mois et qui se traduit, au moment de son entrée, par une éruption généralisée de papules caractéristiques ; cette manifestation disparaît rapidement sous l'influence du traitement spécifique, tandis que les lésions anciennes de dermatite pustuleuse persistent sans être modifiées autrement que d'une manière passagère par la médication locale qui leur a été opposée.

Ces lésions sont jusqu'à ce jour restées limitées aux doigts et aux faces palmaires des deux mains : il continue à se produire presque incessamment dans ces régions des suppurations qui tranchent par leur coloration d'un blanc jaunâtre sur la rougeur des parties voisines ; les dimensions de leurs foyers varient de celles d'une tête d'épingle à plusieurs centimètres ; leurs contours sont arrondis ou polycycliques ; ils ne sont pas saillants, leur

évolution est des plus rapides ; ils se dessèchent très peu de temps après leur formation, de telle sorte que souvent la piqûre, pratiquée trop tardivement, n'en fait plus sortir de liquide bien qu'il semble exister encore un soulèvement purulent de l'épiderme. Cette membrane prend alors l'aspect, soit d'une mince croûtelle, soit d'une squame épaisse. Les téguments qui avoisinent les foyers purulents présentent un aspect luisant en même temps qu'une coloration d'un rouge plus ou moins vif. Par suite des lésions de leur face palmaire, les doigts ne peuvent être portés dans l'extension complète ; on remarque également que la peau ne peut être plissée que difficilement à leur niveau ; il semble qu'il se soit produit un léger degré de sclérodermie.

Les ongles ont souffert dans leur nutrition ; leur surface a perdu son poli, elle est striée longitudinalement ; leurs bords libres sont soulevés par des masses incomplètement kératinisées ; on voit sur leurs parties latérales, soit des nappes purulentes, soit des croûtelles ou des squames, vestiges de foyers desséchés.

L'éruption a été longtemps et est encore parfois le siège de cuissons pénibles, mais non de prurit.

Les analogies que présente la dermatose de ce malade avec celle du sujet que nous vous avons montré il y a deux ans sont des plus frappantes, surtout si l'on tient compte pour ce dernier de la description qui en a été faite au moment de son entrée à l'hôpital, alors que les lésions étaient limitées aux extrémités : ce sont les mêmes nappes purulentes polycycliques à durée éphémère, tranchant par leur coloration d'un blanc jaunâtre sur les surfaces rouges qui les entourent, le même aspect lisse et vernissé des parties rouges, les mêmes croûtelles et les mêmes squames, le même soulèvement des ongles par des masses incomplètement kératinisées, la même altération de leur surface, avec cette différence que, dans le cas présent, ces lésions unguéales sont beaucoup moins prononcées qu'elles ne l'étaient chez notre premier sujet, et que les orteils ne sont pas intéressés ; dans les deux cas, la maladie a procédé par poussées qui se sont succédé presqu'incessamment pendant des années ; cette marche, le caractère tout à fait éphémère des poussées, leur localisation initiale aux extrémités digitales, l'aspect des nappes purulentes polycycliques entourées d'érythème ainsi que des croûtelles et des larges squames, les altérations des ongles et particulièrement leur soulèvement par des masses incomplètement kératinisées donnent à ces suppurations une physionomie toute particulière.

Les lésions n'ont intéressé jusqu'ici, chez notre second malade, que les extrémités digitales et les paumes des mains alors que, chez le premier, elles ont envahi, après s'être primitivement localisées dans les mêmes régions, d'abord les extrémités inférieures, puis la plus grande partie de la surface du corps et aussi la muqueuse buccale.

On peut espérer que chez celui-là l'affection, en raison de sa longue

persistance avec des caractères identiques dans les mêmes régions, leur restera circonscrite.

L'examen bactériologique, pratiqué par M. Jeanselme, a dénoté la présence, dans le liquide purulent, du staphylococcus aureus, alors que dans notre premier fait M. Darier n'avait trouvé que de l'albus ; on sait que ces deux microbes sont fort voisins et même qu'ils ne constituent pour beaucoup d'auteurs que deux variétés d'un même agent ; ce sont les microbes qui donnent lieu le plus souvent aux suppurations localisées.

Quelle est la nature de cette dermatose ?

Si l'on s'en rapporte à la description de Kaposi, il s'agirait sans doute d'une forme d'eczéma chronique, car on peut, d'après lui, observer dans cette affection des pustules et des dystrophies unguéales; elle peut être rebelle alors même que les causes locales d'irritation qui en ont amené le développement ont cessé depuis longtemps d'être en jeu. Sans nier que certains eczémas puissent présenter ces caractères, nous ne croyons pas que l'on puisse rattacher cette dermatose à ce type morbide auquel on tend, comme l'ont dit à juste titre MM. Besnier et Brocq, à donner une extension exagérée en y incorporant des éruptions de nature très diverse. Chez nos malades, l'absence de prurit, le début constant par des petites nappes purulentes nullement saillantes, l'isolement de ces nappes, leur dessèchement sans formation de croûtes, leur reproduction incessante et enfin l'existence chez notre premier malade de poussées pustuleuses sur la muqueuse buccale nous paraissent suffire à établir qu'il ne s'agit pas d'un eczéma.

Nous invoquerons à l'appui de notre manière de voir l'opinion de M. Vidal qui a fait mouler un doigt atteint d'altérations très analogues à celle que présente le doigt également moulé de notre premier malade ; il s'agit pour lui, non d'un eczéma, mais d'une dermatose non encore déterminée.

En réalité, selon toute vraisemblance, chez nos malades, des staphylocoques, venus du dehors, ont trouvé dans les téguments des extrémités digitales et des paumes des mains un milieu de culture favorable à leur développement ; la maladie reconnaît pour causes deux facteurs, qui sont la réceptivité du malade et l'agent pathogène venu du dehors. S'il en est ainsi, il ne s'agit pas là d'une espèce morbide, mais seulement d'un type clinique distinct ; les agents infectieux sont ceux des suppurations vulgaires ; par le fait de leur localisation dans les extrémités digitales et du terrain favorable qu'ils y rencontrent, ils y produisent des troubles tout particuliers tels que les dystrophies unguéales, les récidives incessantes pendant des années, la résistance opiniâtre au traitement, la possibilité de poussées pustuleuses généralisées et l'envahissement de la muqueuse buccale. Parmi les causes

qui donnent lieu à la repullulation incessante des agents infectieux, nous plaçons au premier rang l'épaisseur de la couche cornée de l'épiderme à la face palmaire de la main et au niveau des ongles : les microbes doivent s'y cultiver comme dans un vase clos et s'y trouver à l'abri des actions médicamenteuses. Les poussées généralisées qui surviennent chez les mêmes malades n'ont plus ce caractère de persistance ; elles sont au contraire tout à fait éphémères ; la différence d'épaisseur de la couche cornée suffit à expliquer ces différences de réaction.

Les causes occasionnelles de ces suppurations digitales peuvent être de nature diverse : nous avons vu que chez ce malade leur point de départ a été un coup de marteau ; d'autres fois, il semble que l'eczéma puisse en être la porte d'entrée ; dans notre premier fait, l'asphyxie locale paraît avoir constitué une cause prédisposante.

Le pronostic doit être réservé, car, chez le premier malade, les poussées incessantes et étendues de dermatite pustuleuse ont amené une cachexie qui s'est terminée par la mort.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° Chez des sujets prédisposés, les suppurations des doigts et de la paume de la main s'étalent en nappe, récidivent incessamment et résistent aux agents thérapeutiques ;

2° Elles peuvent amener un certain degré de sclérodermie ;

3° L'épaisseur que présente dans ces régions la couche cornée de l'épiderme en favorisant la repullulation des microbes pyogènes comme dans un vase clos et en les protégeant contre les actions parasiticides rend compte de ces phénomènes ;

4° L'asphyxie locale constitue une cause prédisposante à ces suppurations ;

5° Elles peuvent s'accompagner de poussées généralisées de dermatite pustuleuse; la muqueuse buccale peut être envahie par les mêmes lésions ;

6° Ces poussées généralisées peuvent s'expliquer, soit par des invasions microbiennes, soit par la pénétration dans la circulation de poisons engendrés par les microbes des suppurations digitales;

7° Cette dermatose diffère de l'eczéma dans lequel elle paraît à tort avoir été englobée.

M. Vidal. — J'ai déposé au Musée de l'hôpital Saint-Louis (*Collection générale*, n° 796) le moulage de lésions analogues que j'avais considérées, de même que je considère le cas actuel, comme des troubles trophiques, sur lesquels, en raison de la diminution de résistance des tissus créée par l'altération nerveuse, se sont greffées des infections microbiennes pyogènes d'origine extérieure.

M. G. Thibierge. — J'ai observé l'année dernière, dans le service de chro-

niques de l'hôpital Saint-Louis, un malade qui a séjourné longtemps dans le service de M. le professeur Fournier où de nombreux médecins l'ont examiné et considéré comme un exemple de troubles trophiques d'origine nerveuse. Les lésions, qui portent sur les extrémités supérieures et inférieures et s'accompagnent de pertes de substance d'un ou de deux doigts, sont tout à fait analogues à celles du malade de M. Hallopeau. J'avais pensé tout d'abord qu'il s'agissait d'un cas de syringomyélie, mais je n'ai rencontré aucun des signes classiques de cette myélopathie et j'ai dû le ranger dans la classe encore trop vaste, mais qui se restreint cependant de plus en plus, des troubles trophiques, dont le substratum anatomique reste indéterminé.

M. Hallopeau. — Malgré l'existence d'une asphyxie locale invétérée des extrémités primitivement atteintes chez mon premier malade, je ne puis me rallier à l'hypothèse d'une trophonévrose; celle d'une infection pyohémique localisée suffit, en effet, à expliquer les phénomènes observés et peut seule rendre compte de certains d'entre eux, tels que les éruptions pustuleuses sur la muqueuse buccale de mon premier malade et les poussées incessamment récidivantes de dermatite pustuleuse étendues à la plus grande partie du tronc et des membres. Il n'existe d'ailleurs chez notre second malade aucun trouble appréciable de l'innervation. L'interprétation que j'ai donnée me paraît donc la plus vraisemblable et je crois devoir considérer l'asphyxie locale de mon premier sujet comme une simple prédisposition.

Lésions de la moelle (myélite cavitaire) dans la sclérodermie.

Par MM. L. Jacquet et de Saint-Germain.

Dans la moelle d'une malade de M. E. Besnier, atteinte depuis 5 ans de sclérodermie généralisée vitiligineuse, nous avons constaté des lésions macroscopiques peu nombreuses mais fort nettes, consistant en petites cavités de l'axe gris siégeant pour la plupart au niveau de la partie inférieure du renflement cervical.

Histologiquement nous avons relevé dans la presque totalité de la moelle des altérations cellulaires surtout marquées, nous semble-t-il, au niveau de la colonne de Clarke. Ces altérations consistent en atrophie granulo-pigmentaire à ses divers degrés.

En outre la charpente névroglique est moins fibrillaire, plus granuleuse qu'à l'état normal.

Sur les coupes de la peau sclérodermiée nous n'avons pu réussir à voir les lésions d'artérite que Méry a observées.

Les lésions médullaires n'ont pas été jusqu'ici relevées dans la sclérodermie; mais les lésions relativement légères ont pu facilement passer inaperçues.

En tout cas il nous a paru intéressant de mentionner les résultats de notre examen et de les rapprocher des observations d'affections chroniques de la moelle où l'on a observé des plaques sclérodermiques, telles que la sclérose des cordons latéraux (Chalvet et Luys), le tabes (Méry), la paralysie infantile (Hallion).

Enfin on sait combien les troubles trophiques cutanés sont fréquents dans la *syringomyélie*. Or les lésions médullaires que nous avons constatées sont du même ordre.

Nous ne croyons pas cependant devoir les rapporter au gliome médullaire, à la syringomyélie proprement dite. Nous croyons qu'il s'agit simplement de foyers de désintégration granuleuse consécutive à une myélite (Lockart Clarke, Hallopeau, Joffroy et Achard, etc.), c'est-à-dire en somme à une lésion banale de la moelle, et fréquemment observée sans trace de sclérodermie. Mais il faut se rappeler qu'en pathologie cérébro-spinale, c'est moins la nature que la localisation de lésion qui commande les symptômes. En résumé, sans vouloir en rien généraliser, nous pensons qu'à l'avenir on devra examiner plus minutieusement la moelle dans les cas de sclérodermie.

M. G. Thibierge. — Je crois qu'il serait imprudent de considérer comme la cause de la sclérodermie la lésion médullaire que M. Jacquet a observée. Il est peu vraisemblable qu'une lésion de ce genre ait échappé à des observateurs très compétents en matière d'anatomie pathologique des centres nerveux. Pour ne citer que des faits relativement récents, Orth dans un cas dont Westphal a rapporté l'observation et Schultz dans une observation personnelle, ont, à l'autopsie de sclérodermiques, trouvé la moelle absolument saine, au microscope comme à l'œil nu.

M. Arnozan. — Dans un cas de sclérodermie que j'ai rapporté au Congrès international de dermatologie de 1889 (Compte rendu, p. 104), j'ai rencontré, outre des lésions d'endartérite généralisée, des altérations de la moelle ; ces altérations consistaient dans la présence de nombreux corpuscules d'aspect embryonnaire autour du canal central de la moelle et dans la présence, aussi bien au niveau de la substance blanche qu'au niveau de la substance grise, de corpuscules plus gros que des cellules géantes, amorphes, entourés par le réseau névroglique, sur la nature desquels M. Cornil n'a pas voulu se prononcer.

M. L. Jacquet. — Je sais fort bien que divers observateurs ont examiné la moelle sans résultat. Mais les lésions dont il s'agit peuvent facilement passer inaperçues si on ne les recherche minutieusement.

Je ne connaissais pas le cas de M. Arnozan, et sa remarque est faite pour donner plus de poids à notre observation que nous croyions être isolée.

Manifestations oculaires tardives de la syphilis. — Insuccès du traitement général. — Succès du traitement local.

Par M. Ch. Abadie.

Les manifestations oculaires de la syphilis qui apparaissent en même temps que les accidents dits secondaires sont bien connues. Elles éclatent en général avec une certaine violence sous forme d'iritis, d'irido-choroïdites aiguës et marchent de pair avec les éruptions généralisées, roséole, plaques muqueuses, etc.

Bien qu'ayant une certaine gravité en raison de l'importance de l'organe atteint, elles guérissent d'ordinaire facilement, ainsi que les autres accidents secondaires sous l'influence des préparations mercurielles les plus variées administrées n'importe comment.

Mais à côté de ces formes classiques, aussi bien connues des syphiligraphes que des ophthalmologistes, il y en a d'autres moins fréquentes et plus ignorées qui, se localisant sur l'œil, semblent frapper exclusivement cet organe. Apparaissant quelquefois 15, 20, 30 ans même après la naissance chez des individus indemnes de tout accident primitif, elles relèvent incontestablement de la syphilis héréditaire. Je fais allusion à la kératite parenchymateuse magistralement décrite par Hutchinson qui a su la différencier de toutes les autres formes de kératite scrofuleuse, pustuleuse, etc..., si communes pendant la seconde enfance et l'adolescence.

Ces manifestations de la syphilis héréditaire revêtent déjà ce caractère tout particulier de présenter une ténacité remarquable à tous les traitements. Dans une communication précédente que j'ai eu l'honneur de faire devant la Société, j'ai insisté sur ce point en montrant qu'il n'est plus, dès lors, indifférent de faire usage d'un sel mercuriel quelconque, mais qu'il fallait nécessairement employer les injections sous-cutanées de sublimé.

Je ne reviendrai pas sur ce sujet déjà traité et auquel je n'ai aucune modification nouvelle à apporter. Je désire aujourd'hui appeler l'attention sur d'autres lésions qui semblent appartenir à la syphilis soit héréditaire, soit acquise et qui présentent ce caractère remarquable de se localiser, de s'immobiliser pour ainsi dire dans les parties profondes de l'œil, sans déterminer aucune réaction extérieure apparente, de telle sorte que le diagnostic ne peut être posé que par un médecin familiarisé avec la pratique de l'ophthalmoscope.

Tandis que dans la kératite parenchymateuse, la cornée change d'aspect, devient flou, terne, opaque, qu'une injection plus ou moins vive entoure la cornée d'un cercle rougeâtre, et qu'en somme des signes objectifs manifestes éveillent à la fois l'attention du malade et du médecin.

Dans les lésions que nous allons décrire, tout se passe silencieusement, le globe oculaire ne présente aucun changement appréciable dans son segment antérieur, la cornée est limpide, la sclérotique conserve sa teinte habituelle, la pupille possède sa dilatation et sa coloration normales et néanmoins la vision baisse. Elle baisse d'ordinaire insensiblement. Le plus souvent, c'est tout d'abord un scotome central qui se produit. Quand le malade veut lire, les lettres qui occupent la partie moyenne du mot fixé sont moins nettes que celles qui sont à côté, elles paraissent déformées, contournées, ce qui tient à la dislocation des cônes et des bâtonnets de la rétine.

D'autres fois c'est un voile, un brouillard d'intensité variable qui vient par intervalles obscurcir la vision, tout cela sans douleur, sans la moindre réaction inflammatoire, sans aucun trouble de la santé générale.

Avant la découverte de l'ophthalmoscope on étiquetait ces cas-là sous la rubrique d'amblyopie de cause inconnue. Aujourd'hui, grâce à la possibilité d'explorer le fond de l'œil, on découvre des lésions profondes tout à fait caractéristiques. Ce sont des taches blanchâtres avec accumulations pigmentaires sur leur pourtour, qui tantôt sont discrètes, isolées, de très petites dimensions, tantôt forment de vastes foyers donnant un aspect tacheté à tout le fond de l'œil (choroïdite disséminée).

Ces chorio-rétinites, car la rétine participe toujours au processus, évoluent très lentement sans donner naissance à aucune réaction inflammatoire.

Dans ces manifestations lentes mais graves de la syphilis localisées aux membranes profondes de l'œil nous ne pouvons plus compter sur les médications habituelles. Le sirop de Gibert, les frictions mercurielles même à très haute dose échouent. Les injections sous-cutanées de sublimé tout en étant plus puissantes sont encore parfois inefficaces, seules les injections sous-conjonctivales de sublimé nous permettent de lutter avec avantages contre ces lésions.

Dans ces cas rebelles, M. Darier et moi nous avons résolu de faire des injections locales, c'est-à-dire sous-conjonctivales parce qu'il nous a paru rationnel de chercher à modifier sur place ces foyers microbiens sans passer par la circulation générale ce qui affaiblit l'organisme et altère les propriétés curatives du médicament.

Naturellement les doses doivent être très faibles. Voici du reste comment nous procédons.

Après cocaïnisation de l'œil on prend une seringue de Pravaz munie d'une aiguille Debove en platine iridié et après l'avoir flambée on injecte sous la conjonctive une goutte (le vingtième de la seringue) d'une solution de sublimé à un pour mille.

Ces injections peuvent être facilement répétées tous les deux jours,

on peut donc les alterner chaque jour d'un œil à l'autre. Les premières sont un peu douloureuses mais elles sont bientôt parfaitement supportées et je n'ai jamais rencontré encore d'intolérance absolue.

Au bout de 4 à 5 injections il survient d'ordinaire une amélioration appréciable qui s'accentue au fur et à mesure que le nombre des injections augmente.

Tantôt nous y avons eu recours d'emblée, c'est-à-dire sans les faire précéder d'aucun autre traitement, tantôt nous les avons pratiquées après insuccès avéré d'autres médications, y compris les injections sous-cutanées de sublimé. Elles ont souvent réussi alors que tout avait échoué. Chez certains malades dont l'état tout d'abord amélioré semblait rester stationnaire, elles ont provoqué une recrudescence dans l'amélioration.

Les injections sous-conjonctivales nous ont donné aussi des résultats remarquables dans certaines atrophies des nerfs optiques d'origine intra-oculaire.

Je m'explique. Les nerfs optiques peuvent être considérés comme des liens conducteurs reliant l'organe de la vision aux centres nerveux où a lieu la perception visuelle. Les altérations qu'ils subissent pourront donc provenir soit de l'œil lui-même au niveau de la papille. leur point de départ soit des centres cérébraux auxquels ils aboutissent soit enfin d'un obstacle mécanique, compression par tumeur, gommes, hémorrhagie siégeant sur leur trajet entre les deux points extrêmes.

Ceci posé, je ferai tout d'abord remarquer d'une façon générale que, quel que soit le point où le nerf optique est lésé, sa lésion devient rapidement irrémédiable. Et, de même que sa fonction physiologique diffère notablement de celle des nerfs sensitifs et moteurs, de même sa pathologie est pour ainsi dire tout autre. Nous savons, lorsqu'on coupe un nerf sensitif ou moteur que, si les deux bouts ne sont pas trop éloignés et si leurs extrémités séparées viennent à être rapprochées, on observe habituellement aussi le retour à la fonction.

Dans ces dernières années on a publié plusieurs exemples remarquables de sections anciennes du nerf sciatique et du nerf médian où. la suture ayant pu être faite, il y eut récupération fonctionnelle et rétablissement de la sensibilité et de la motilité.

Il n'en va pas de même avec le nerf optique, une fois ses fibres sectionnées ou désorganisées dans un point quelconque de leur parcours, sa fonction est définitivement abolie. Nous en avons la preuve fréquente dans l'embolie de l'artère centrale de la rétine. Quand cette artériole qui sert aussi à la nutrition de l'extrémité intra-oculaire du nerf optique vient à être oblitérée, malgré le rétablissement de la circulation par le cercle anastomotique de Haller, la cécité est toujours définitive et irrémédiable.

De même, dans le glaucome, une compression longtemps prolongée atrophie la papille et l'iridectomie qui amène une détente de la tension intra-oculaire est faite trop tard, la vision reste perdue. Même résultat à la suite des sections traumatiques du nerf optique qui ne sont pas rares, jamais il n'y a rétablissement de la fonction visuelle. Cette manière d'être particulière du nerf optique à l'égard des traumatismes s'explique par la délicatesse de sa fonction qui consiste à transmettre simplement les vibrations de l'éther.

Or, très souvent les lésions qui frappent la choroïde et la rétine désorganisent à la longue la papille c'est-à-dire l'extrémité intra-oculaire du nerf optique. Le diagnostic de ces atrophies du nerf optique spécialement limitées à la papille, mais qui entraînent néanmoins la perte complète de la vision, pourra en général être établi par les symptômes suivants. D'ordinaire il existe en même temps que les lésions papillaires des foyers de chorio-rétinite visibles à l'ophtalmoscope. Le disque optique en s'atrophiant ne prend pas l'aspect blanchâtre. nacré, tendineux des atrophies d'origine cérébrale ou spinale, il reste terne, opaque, un peu rougeâtre. Quand les vaisseaux sont surtout atteints, ils deviennent filiformes et finissent par disparaître et la papille ressemble à un pain à cacheter gris blanc. La perception des couleurs, rapidement abolie dès le début de la maladie dans les autres variétés d'atrophie, est relativement bien conservée et ne disparaît qu'à une période très avancée. Les réflexes pupillaires à la lumière sont conservés.

A l'heure actuelle nous possédons un nombre important d'observations dans lesquelles ce mode de traitement a préservé des malades qui paraissaient voués à une cécité certaine. Déjà donc à ce point de vue spécial cette question du traitement local substitué au traitement général présente un grand intérêt, mais elle en offre un autre d'ordre plus général. Il est probable que d'autres manifestations de la syphilis qui résistent au traitement général sont peut-être aussi justiciables d'un traitement local. Nos observations prouvent en outre qu'en ce qui concerne les manifestations de la syphilis intéressant les éléments nerveux, le traitement dit spécifique ne doit pas être considéré comme on le croyait jadis comme une pierre de touche capable de révéler la vraie nature de la lésion. De ce que le traitement général ne réussit pas, on n'a pas le droit d'en conclure que la syphilis n'est pas une cause. Peut-être que dans ces cas rebelles le traitement local réussirait. Mais comment l'appliquer? c'est ce qui reste à chercher et à résoudre.

M. Vidal. — Je désirerais savoir si M. Abadie pratique encore des injections intra-oculaires de sublimé.

M. Abadie. — J'ai renoncé à ces injections parce qu'elles ont donné des accidents, qu'elles ont même à leur passif des cas de mort. Il est très difficile de réaliser les conditions d'asepsie absolue qui sont indispensables.

De l'infiltration caséo-calcifiée des nerfs dans la lèpre systématisée nerveuse pure (1),

Par M. le Dr MARESTANG.

Au mois de juin dernier, M. Combemale et moi communiquions à la Société de biologie un cas de dégénérescence crétacée des nerfs médian et cubital chez un lépreux trophoneurotique pur, absolument indemne de toute atteinte du côté de la peau. Des recherches bibliographiques très étendues nous permirent de croire qu'une altération nerveuse périphérique de ce genre n'avait jamais été signalée et de considérer ce cas comme unique dans la science.

A cette époque l'examen microscopique de ces nerfs ne nous permit de déterminer ni la cause ni la marche de ce processus anatomique. Celui-ci était-il le même que celui qu'on observe dans la tuberculose? Le bacille de Hansen devait-il être incriminé? Ce dernier était-il susceptible de produire dans les nerfs les mêmes altérations que le bacille de Koch produit dans d'autres organes, le poumon en particulier? On pouvait le croire, mais rien n'autorisait à l'affirmer car nous n'avions jamais trouvé de bacilles dans les parties des nerfs que nous avions examinées, et de plus on n'avait jamais mentionné la présence d'amas crétacés dans les lépromes de la lèpre tégumentaire si riches cependant en bacilles.

De nouvelles recherches étaient donc nécessaires. Avant d'en consigner les résultats, je rappellerai brièvement l'observation de ce malade, ne serait-ce que pour montrer la relation étroite qui existe entre la lésion anatomique et les troubles sensitifs observés :

Ki..., 32 ans, indigène des îles Marquises, interné à la léproserie de Puamau.

La maladie aurait débuté, il y a une vingtaine d'années, par l'apparition, sur le tronc et les avant-bras, de taches plus ou moins étendues, achromiques d'emblée, sans la moindre rougeur, induration, ou épaississement de la peau. Aujourd'hui rien n'autorise à dire que ce soient là des taches symptomatiques de la lèpre, et causées par cette affection, car aucun caractère ne permet de les différencier des taches de vitiligo, ou mieux de leucodermie, si fréquentes parmi les indigènes des Marquises indemnes de toute tare lépreuse. Même au point de vue de la sensibilité, elles n'offrent rien de spécial, et partagent simplement, sous ce rapport, l'état des parties sur lesquelles elles siègent : c'est ainsi qu'elles sont insensibles sur les avant-bras dont le tégument est lui-même insensible sur toute son étendue, et qu'elles sont normalement sensibles au tronc où la sensibilité cutanée est partout normale.

Actuellement les symptômes présentés par ce malade, sont les suivants :

(1) Les pièces et les préparations histologiques, sur lesquelles est basé ce travail, sont déposées au musée de l'hôpital Saint-Louis.

a) Aux membres supérieurs : 1° une insensibilité complète de tout le membre droit, insensibilité qui, à gauche, s'arrête vers le milieu du bras, respectant sa moitié supérieure ; 2° une atrophie des petits muscles des mains, thénars, hypothénars, interosseux ; d'où l'aspect simien et la griffe interosseuse. Cette atrophie atteint également les muscles de l'avant-bras, mais elle est ici beaucoup moins prononcée qu'aux mains, et moins marquée à gauche qu'à droite ; des deux côtés c'est la région antéro-externe qui est surtout atteinte ; 3° un mal perforant palmaire droit, des mutilations nombreuses des doigts par ulcérations des phalanges ou résorption spontanée de ces dernières, des altérations unguéales très prononcées.

b) Aux membres inférieurs : 1° une insensibilité complète de tout le tégument des deux membres et de la région fessière; 2° une atrophie très prononcée des petits muscles des pieds et de la région musculaire antéro-externe des deux jambes; celle de la région jambière postérieure est beaucoup moindre ; les cuisses paraissent être simplement amaigries, car tous les mouvements de la jambe sur la cuisse se font normalement; 3° des maux perforants plantaires aux deux pieds ; la disparition de tous les orteils du pied gauche, consécutive à une ulcération transversale du sillon métatarso-phalangien ; la résorption partielle de presque tous les orteils du pied droit, particulièrement des deux derniers qui sont réduits à un petit tubercule porteur d'un petit chicot unguéal.

c) A la face : 1° la sensibilité est abolie sur presque toute l'étendue du tégument, le cuir chevelu excepté; 2° au repos, le visage présente une certaine asymétrie, qui s'accentue lorsqu'on interroge la mimique du malade. On rend ainsi bien manifeste l'atrophie des muscles superficiels de la face : front d'ivoire, occlusion incomplète des yeux, impossibilité de siffler, rire de travers ; 3° la barbe est rare, mais il n'est guère possible de l'imputer à un trouble trophique car les cils et les sourcils, plus particulièrement atteints dans ce cas, sont intacts.

Ce malade, depuis longtemps dans un état de cachexie assez avancée, meurt ; et les circonstances nous permettent de lui enlever rapidement les nerfs cubital et médian droits sur une longueur d'environ 0,05 cent., l'un au niveau de la gouttière cubitale, l'autre au pli du coude.

Ceux-ci n'ont été examinés qu'après un séjour assez prolongé dans l'alcool. Les résultats de cet examen, soit macroscopique, soit microscopique, étant les mêmes pour chacun d'eux, il serait superflu d'en faire une description séparée.

Examen macroscopique. — Le nerf est notablement épaissi, son volume augmenté d'environ un tiers ; sa surface est partout régulière sans bosselures ou nouures d'aucune espèce ; sa consistance est partout assez ferme, beaucoup plus ferme qu'à l'état normal, et en promenant les doigts le long du nerf en exerçant une certaine pression, on sent qu'il existe çà et là des points plus résistants, ne se laissant plus comprimer, offrant la dureté de la pierre. Cette pratique permet de constater que le nerf, dont la surface est cependant régulière ainsi que nous l'avons dit, est le siège de très légers renflements, sensiblement échelonnés à la façon des grains d'un chapelet.

Si on examine les sections transversales de ce nerf, on est frappé de la netteté de ces sections et de leur division en faisceaux secondaires qui paraissent constitués par un tissu compact, homogène, de coloration gri-

sâtre, et sont très nettement circonscrits par un épinèvre notablement épaissi. A la surface de quelques-unes de ces sections on aperçoit des parties plus blanches qui touchées avec une aiguille à dissociation donnent la sensation du gravier ; ce sont des amas crétacés, sur lesquels le rasoir s'était déjà heurté en certains points. Ces amas crétacés sont situés en plein faisceau, ils n'existent que là, jamais on n'en trouve dans le tissu conjonctif interfasciculaire. Ils occupent soit une partie seulement de la surface de section du faisceau, soit cette surface tout entière et, dans ce cas, la section du nerf se présente sous l'aspect d'une ou plusieurs rondelles crétacées entourées d'une gaine de tissu conjonctif que lui fournit l'épinèvre épaissi.

Grâce à l'épaississement de cet épinèvre, rien n'est plus facile que d'isoler, même par une dissection grossière, les faisceaux les uns des autres suivant leur longueur. On se rend ainsi très bien compte de la disposition moniliforme des amas crétacés le long de ces faisceaux où ils peuvent se présenter sous des aspects différents : ce sont tantôt des petits noyaux olivaires de la grosseur d'un grain de mil interceptant toute la lumière du faisceau, tantôt des plaques envahissant une épaisseur plus ou moins grande du faisceau, tantôt de véritables tubes ou plutôt cylindres calcaires remplaçant les faisceaux, ceux de petit diamètre en particulier, sur une longueur que j'ai vue atteindre 0,01 centimètres.

Je l'ai déjà dit, cette description s'applique aussi bien au médian qu'au cubital. En ce qui concerne cette infiltration crétacée, on peut ajouter qu'elle est en outre applicable à chacun des faisceaux de ces deux nerfs, car il n'y a qu'un seul faisceau du médian sur lequel je ne l'aie pas observée, et, à cet égard, il ne faut pas oublier que ce nerf n'a été examiné que sur une longueur de 5 centimètres. Je dois ajouter néanmoins qu'elle atteint inégalement les divers faisceaux : tandis que je n'ai observé que deux ou trois petits amas sur toute la longueur de certains faisceaux, j'ai pu, dans d'autres, en compter jusqu'à huit parfaitement distincts sur une longueur de 2 centimètres.

Disons en terminant que ces amas crétacés ont été analysés par M. le prof. Lambling (de Lille) qui a constaté qu'ils étaient formés de carbonate et de phosphate de chaux avec une proportion relativement élevée de fer.

Examen microscopique. — Cet examen a été fait sur un très grand nombre de coupes transversales et longitudinales, diversement traitées soit au point de vue histologique, soit au point de vue bacillaire. En raison des altérations différentes qu'elles présentent suivant la partie du nerf où elles ont été pratiquées, nous les diviserons en trois séries.

A. *Infiltration bacillaire et dégénérescence graisseuse des faisceaux nerveux.* — On remarque sur ces coupes deux parties distinctes, l'une centrale, l'autre périphérique ; dans la partie centrale on trouve des traces de tubes nerveux, des bacilles, et un nombre assez restreint de cellules dites de granulation (Virchow) que nous verrons être beaucoup plus nombreuses ailleurs.

Les tubes nerveux sont réduits à leur membrane de Schwan, elle-même détruite dans beaucoup d'entre eux. Ils sont tous absolument vides sans traces de cylindre-axe et de myéline, qu'on ne retrouve pas davantage dans les nerfs dissociés.

Les bacilles sont très nombreux, presqu'aussi nombreux que dans les lépromes cutanés ou sous-cutanés de la lèpre tuberculeuse : comme là, ils sont isolés ou réunis en amas. Ils siègent et dans la lumière des tubes nerveux et autour de ces tubes, et paraissent être tout à fait indépendants des cellules dites de granulation. Parmi les méthodes de coloration, ce sont celles de Weigert et d'Ehrlich qui leur conviennent le mieux, le violet de méthyle 5 B étant la couleur de choix ; l'hypochlorite de soude (procédé recommandé par Lustgarten pour différencier le bacille de Koch de celui de Hansen) ne les décolore pas ; il en est de même de l'acide azotique au 1/3 dont nous avons prolongé l'action pendant 20 minutes.

On trouve encore dans cette partie centrale deux espaces vides, assez grands, véritables cavités, bien circonscrites, renfermant un assez grand nombre de bacilles à leur périphérie.

Autour de cette partie centrale, le faisceau est exclusivement constitué par les mailles du tissu conjonctif constituant les gaines fibrillaires des tubes nerveux, remplies de graisse. Ici on ne trouve plus bacilles, pas plus que dans l'épinèvre épaissi qui enfin entoure tout le faisceau.

B. *Dégénérescence caséo-calcifiée des faisceaux nerveux.* — Ici le microscope ne fait que confirmer les renseignements fournis par l'examen macroscopique au sujet du siège de cette dégénérescence. Seul le faisceau nerveux en est atteint, on n'en trouve pas la plus petite trace soit dans le périnèvre, soit dans l'épinèvre et sur des coupes de faisceaux où cette dégénérescence n'est pas trop avancée, on voit très nettement que l'endonèvre est lui-même respecté. Les coupes traitées par l'acide chlorhydrique à 1/300 dégagent des bulles d'acide carbonique, et après décalcification on n'observe plus qu'une masse amorphe et des parties offrant toutes les réactions de la dégénérescence caséeuse. Déjà, du reste, en touchant les amas calcaires avec une aiguille à dissociation, on pouvait y sentir des points moins résistants analogues à du mastic desséché et préjuger de la nature caséo-calcifiée de ces amas. Ceux-ci occupent toute la lumière du faisceau ou une partie plus ou moins grande de ce dernier ; dans le premier cas l'amas crétacé est entouré d'une gaine conjonctive que lui fournit l'épinèvre épaissi ; dans le deuxième cas l'infiltration se présente sous la forme de grains disséminés ou plus souvent réunis en îlots dépourvus de gaine conjonctive et siégeant sans ligne de démarcation bien nette au milieu d'un tissu de sclérose.

Au milieu de ces amas, qu'ils soient calcaires ou simplement caséo-calcifiés, on n'observe jamais des formes bacillaires nettes quel que soit le procédé de coloration employé ; on ne les observe pas non plus après broiement de ces amas dans de l'eau distillée stérilisée. Cependant sur quelques-unes de nos coupes, quelques points ont résisté à une décoloration même prolongée par l'acide azotique, et ces points sont précisément et exclusivement ceux où siégeait l'infiltration calcifiée. Cette persistance de la coloration est-elle due à la présence au milieu de ces amas de détritus bacillaires, de bacilles fossiles? On peut le penser, mais cette coloration est trop diffuse, des formes bacillaires n'y ressortissent pas assez nettement pour qu'on puisse l'affirmer.

C. *Transformation scléreuse des faisceaux nerveux.* — Les faisceaux sont transformés en tissu scléreux plus ou moins dense, au milieu duquel se trouvent un nombre considérable de petites cellules arrondies, analogues

à celles qui existent dans les lépromes cutanés de la lèpre tuberculeuse, bien décrites par Virchow sous le nom de tissu de granulation. Ces cellules, plus rares en quelques points où le tissu de sclérose est tellement dense qu'il semble les avoir étouffées, sont ailleurs si nombreuses, si agglomérées qu'elles paraissent constituer à elles seules tout le tissu ; çà et là, plusieurs d'entre elles présentent des phénomènes bien évidents de division nucléaire, fait déjà signalé par Virchow. Au point de vue de leur affinité pour les matières colorantes, c'est le brun de Bismark et la safranine qui leur conviennent le mieux ; elles prennent aussi très bien les couleurs d'aniline, le bleu de méthylène en particulier qui révèle dans leur intérieur la présence de petites granulations plus colorées et perdant plus difficilement que le reste de la cellule leur coloration par les agents décolorants faibles, ce qui pourrait les faire prendre pour des bactéries à un examen superficiel. On observe en outre au milieu de ce tissu de sclérose des vacuoles arrondies également signalées par Virchow dans les lépromes cutanés et qui d'après cet auteur seraient produites par le gonflement et la rupture des cellules dites de granulation. Ces vacuoles sont le plus souvent entourées par un grand nombre de ces cellules, quelques-unes en renferment simplement une ou deux dans leur intérieur, quelquefois elles sont absolument vides.

Ce tissu de sclérose, ces cellules de granulation et ces vacuoles, n'existent que dans le faisceau, on ne les rencontre ni dans le périnèvre, ni dans l'épinèvre.

Telles sont les altérations présentées par ces deux nerfs de lépreux, elles se résument ainsi : a) Infiltration bacillaire accompagnée de dégénérescence graisseuse ; b) dégénérescence caséo-calcifiée et calcifiée ; c) sclérose avec infiltration plus ou moins abondante de cellules granuleuses.

Il est à peine besoin de faire remarquer que ce sont là les expressions d'un même processus anatomique déterminé par le bacille de Hansen, et que les diverses phases de ce processus bacillaire sont identiques à celles de la tuberculose dont le micro-organisme se rapproche déjà beaucoup de celui de la lèpre par sa forme et par sa résistance aux agents décolorants. Or, on le sait, la sclérose et la calcification sont considérées comme le dernier terme des étapes parcourues par la tuberculose bacillaire, comme l'expression anatomique d'un processus tuberculeux éteint, d'une tuberculose guérie. Ces conclusions ne peuvent-elles pas être légitimement appliquées à la lèpre nerveuse ? Ici sans doute la fonction est perdue, irrémédiablement perdue, et il serait puéril de songer à la rétablir ; mais, dans les nerfs ainsi atteints, il n'y a plus de bacilles comme nous l'ont démontré de très nombreux examens, les foyers microbiens sont éteints, et partant la lèpre guérie au point de vue bacillaire. Nous voyons donc que, comme la tuberculose, la lèpre peut naturellement marcher vers la guérison, et que ce processus de guérison est le même dans ces deux maladies.

Une autre conclusion se dégage de l'examen anatomique de ces nerfs ; nous avons vu que toutes les altérations que ceux-ci présentaient, toutes sans exception, siégeaient toujours et exclusivement dans les faisceaux nerveux, c'est-à-dire dans la partie parenchymateuse du nerf; nous avons vu aussi que dans ces faisceaux l'endonèvre était souvent respecté là où la sclérose ou la dégénérescence caséo-calcifiée n'étaient que partielles ; enfin sur les parties des nerfs les moins altérées (infiltration bacillaire accompagnée de dégénérescence graisseuse) nous voyons les gaines fibrillaires des nerfs former un réseau à mailles encore très larges et où on ne trouve plus cependant de tubes nerveux. D'après cela, il devient donc impossible d'attribuer, comme l'a fait Virchow, à la névrite interstitielle ou périnévrite un rôle prépondérant dans la production des phénomènes observés dans la lèpre. La destruction des tubes nerveux n'est pas le résultat d'une prolifération excessive du tissu conjonctif qui finirait par les étouffer ; ceux-ci sont directement atteints par le virus lépreux qui y produit les diverses altérations que nous avons signalées.

En un mot, nous avons affaire à une névrite parenchymateuse bacillaire, et la périnévrite n'intervient qu'à titre tout à fait secondaire, sans paraître jouer un rôle dans la physiologie pathologique de la lèpre, puisque nous voyons dans la première série de nos coupes, les tubes nerveux absolument détruits, alors que les espaces limités par leurs gaines fibrillaires ont encore un calibre à peu près normal.

Il nous resterait à parler de l'évolution de cette névrite parenchymateuse, à déterminer quelles sont les parties du tube nerveux, cylindre-axe ou myéline, qui sont primitivement détruites et les diverses phases de cette destruction. De plus, cette névrite est-elle totale ou segmentaire? Quel est le mécanisme de la production de ces deux cavités trouvées dans certaines parties de nos nerfs, cavités qui rappellent si bien celles qu'on trouve dans la moelle, dans la myélite cavitaire ou gliomateuse? Ce sont là autant de questions que l'examen de ces deux bouts de nerf ne nous permet pas de résoudre, mais à la solution desquelles pourront, je l'espère, nous conduire des recherches nouvelles sur des nerfs moins altérés, examinés à l'état frais.

Le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant,

Par M. A. BÉCLÈRE.

Le rhumatisme blennorrhagique est inconnu chez l'enfant, à en juger du moins par le silence des traités classiques de pathologie et des nombreuses monographies consacrées à cette affection. Je viens cependant, en moins d'une année, d'en observer deux cas chez des

fillettes âgées de moins de six ans, à la consultation qui m'est confiée dans le Dispensaire pour enfants fondé par M. X. Ruel. Ces deux observations ont été publiées ; si je les rappelle ici, c'est moins pour recommencer la démonstration déjà faite de l'existence du rhumatisme blennorrhagique dans le jeune âge que pour faire ressortir ses conditions étiologiques un peu spéciales. Si rares que soient les faits analogues à ceux que je vais rapporter, leur caractère exceptionnel n'est peut-être qu'apparent, car il est facile de méconnaître leur véritable nature en raison même de ces conditions que je désire mettre en lumière.

Tout l'intérêt du premier cas que j'ai eu occasion d'observer réside dans le jeune âge du sujet atteint, une petite fille de cinq ans et demi.

La fillette en question m'est amenée par sa mère le 6 avril 1891. Elle présente tous les signes d'une arthrite du poignet gauche avec synovite tendineuse des extenseurs et les caractères cliniques de cette arthropathie sont tellement ceux du rhumatisme blennorrhagique qu'immédiatement chez la petite malade, en dépit de son jeune âge, je recherche et je constate l'existence d'une vulvo-vaginite avec écoulement de pus épais et verdâtre. J'établis aussitôt une relation de cause à effet entre l'écoulement génital et les accidents articulaires et péri-articulaires survenus dans son cours, comme je l'aurais fait sans aucune hésitation chez un adulte et c'est avec le diagnostic de pseudo-rhumatisme infectieux consécutif à une vulvo-vaginite que j'adresse la fillette à M. Ollivier en lui demandant de la prendre dans son service de l'hôpital des Enfants. Mon ancien maître confirme mon opinion ; malgré que ni l'examen microscopique du pus vaginal ni les cultures des microcoques contenus dans ce pus ne réussissent à démontrer la présence du gonocoque de Neisser, il n'en affirme pas moins l'origine blennorrhagique de ce rhumatisme en se fondant à la fois sur ses caractères cliniques et sur l'étiologie de l'écoulement vaginal ; une enquête patiente lui révèle en effet que la fillette a été contaminée par un apprenti de 17 ans atteint de blennorrhagie. On trouvera tous les détails de l'observation dans la leçon clinique faite à cette occasion par M. Ollivier et reproduite dans la *Médecine moderne* du 25 juin 1891. En résumé, à part la circonstance exceptionnelle du jeune âge de la malade, cette observation ne diffère en rien de ce qu'on a coutume de voir chez l'adulte : il s'agit d'un rhumatisme secondaire au cours d'une blennorrhagie d'origine vénérienne.

Bien différent est l'intérêt du second cas de rhumatisme blennorrhagique infantile que je rapporte. Non seulement il s'agit d'une enfant plus jeune encore que la première, d'une fillette de 20 mois, mais tout autre est l'étiologie de l'écoulement génital qu'elle présente. C'est que dans l'enfance la blennorrhagie a d'autres causes que les tentatives de viol et reconnaît fréquemment une origine non vénérienne. La question des vulvo-vaginites des petites filles s'est, on peut

le dire, transformée dans ces dernières années. D'une part il ressort de nombreux examens bactériologiques que le pus de ces vaginites contient fréquemment le gonocoque de Neisser. D'autre part, si on laisse de côté la question encore incomplètement résolue de la spécificité du gonocoque, il ressort non moins manifestement de l'observation clinique qu'une certaine catégorie de ces vaginites reconnaît pour origine la contagion. Ce n'est pas de contagion vénérienne qu'il s'agit, mais de contagion accidentelle, involontaire, innocente, le plus souvent familiale, par le contact dans le lit, par l'intermédiaire des draps, des éponges, des objets de toilette, de l'eau des bains, comme l'ont démontré M. Suchard (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1888), M. Ollivier (Académie de médecine, 23 octobre 1888), plus récemment enfin M. Comby (Société médicale des hôpitaux, 17 juillet 1891). Si l'on tient compte à la fois de ces deux données de l'observation, la présence fréquente du gonocoque dans les écoulements vaginaux des petites filles, en dehors de toute tentative de viol et le caractère contagieux de ces écoulements, on est bien forcé d'admettre que certains d'entre eux sont de nature blennorrhagique et méritent la dénomination de *gonorrhæa insontium* que leur donnait en 1884 M. Aubert dans le travail qu'il publiait sous ce titre dans le *Lyon médical*; elle est aussi justifiée dans ces cas que celle de *syphilis insontium* pour les faits de transmission accidentelle de la syphilis, car « de part et d'autre il y a innocence et ignorance de l'individu contaminé et absence de toute intention malfaisante de la part du sujet infectant ». C'est d'une gonorrhée de cette espèce qu'était atteinte la fillette de 20 mois dont j'ai publié l'observation dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* du 9 mars 1892. Pour la résumer brièvement ici, cette enfant m'est amenée le 8 février par sa tante chez qui elle est en garde dans la journée, tandis qu'elle passe ses nuits avec sa mère dont elle partage le lit. Elle est atteinte d'une arthrite tibio-tarsienne très douloureuse avec œdème et coloration rosée des téguments, brusquement survenue sans cause apparente et qui présente d'une façon si frappante les caractères cliniques spéciaux du rhumatisme blennorrhagique, que pour la seconde fois je suis amené à rechercher chez cette nouvelle malade et à découvrir l'existence d'une vulvo-vaginite avec écoulement de pus épais et verdâtre qui tache et empèse la chemise. La tante m'apprend que le début de cet écoulement remonte à deux mois et s'est accompagné de mictions douloureuses et fréquentes. Blanchisseuse de son état, c'est elle-même qui blanchit le linge de l'enfant et celui de sa mère, et sur le linge de la mère, depuis quatre mois qu'elle en prend soin, elle voit les mêmes taches de pus vert qu'elle constate depuis deux mois seulement sur le linge de l'enfant. Ces renseignements permettent d'affirmer que la vulvo-vaginite de l'enfant lui a été accidentellement transmise par sa mère dont elle partageait le lit chaque nuit. La démonstration serait

plus complète si le gonocoque était décelé chez les deux malades, mais il ne m'est pas possible de voir la mère et l'examen du pus provenant de la fillette, fait une fois par mon ami Ledoux-Lebard, demeure négatif. D'après l'ensemble des phénomènes cliniques, symptômes, marche et terminaison, il s'agit bien cependant d'un cas de rhumatisme blennorrhagique et, c'est le point à retenir, survenu au cours d'une vulvo-vaginite d'origine contagieuse mais non vénérienne. Quand sera vulgarisée la notion de la fréquence de la *gonorrhœa insontium,* il est probable que des faits du genre de celui-ci seront plus fréquemment observés et rattachés à leur véritable cause.

J'ai cherché dans la littérature médicale des observations analogues à celles que je viens de résumer et je n'en ai trouvé que deux, dues à Koplik, dans le *New-York medical Journal* du 21 juin 1890. Dans l'une de ces observations il s'agit d'une fillette de 5 ans, qui présentait une uréthrite et une vulvo-vaginite ainsi que des douleurs dans les articulations du genou, du poignet et de l'épaule du côté droit ; le genou était tuméfié et contenait un épanchement assez abondant, il existait de la fièvre ; dans le pus, Koplik décela la présence du gonocoque ; chez une autre enfant, âgée de 3 ans 1/2, une arthrite tibiotarsienne coïncidait également avec un écoulement vulvo-vaginal de nature blennorrhagique.

Mais en revanche j'ai trouvé que chez l'enfant, en dehors de toute vulvo-vaginite, de tout écoulement uréthral, le rhumatisme blennorrhagique peut encore exister. En effet, Deutschmann a rapporté en 1890, dans les *Archiv. für Ophthalmologie*, deux observations de nouveau-nés, âgés tous deux de 3 semaines, qui présentaient des déterminations articulaires au cours d'une ophthalmie blennorrhagique. Deutschmann fait remarquer que les cas de ce genre sont rares et qu'il n'a trouvé que quelques observations analogues aux siennes dues à Lucas, Widmark, Fendick, Zotwrincki. Il est d'ailleurs le premier à avoir demontré la nature blennorrhagique de ces arthropathies : à l'aide d'une seringue de Pravaz il a retiré d'une articulation atteinte quelques gouttes de pus où il a pu déceler la présence du gonocoque.

On voit en résumé que le rhumatisme blennorrhagique existe dans le jeune âge et qu'il reconnaît trois modes étiologiques divers : l'ophthalmie blennorrhagique, particulièrement celle des nouveau-nés, la vulvo-vaginite blennorrhagique consécutive à des tentatives de viol ; enfin et c'est peut-être le mode étiologique le plus fréquent, c'est au moins le plus facilement méconnaissable, la vulvo-vaginite blennorrhagique qui n'est pas d'origine vénérienne, mais dérive d'une contagion involontaire, accidentelle, innocente, le plus souvent familiale.

Le Secrétaire,
GEORGES THIBIERGE

SÉANCE DU 23 AVRIL 1892

Présidence de M. Lailler.

SOMMAIRE. — Lettre de M. EHLERS sur la malléine du professeur Bang. — Sur un cas de mycosis fongoïde, par MM. HALLOPEAU et BARRIÉ. (Discussion : MM. HARDY, E. BESNIER, VIDAL, LAILLER, BROCQ) — Histologie du mycosis fongoïde, par M. PHILIPPSON. (Discussion : MM. DARIER, GAUCHER, BROCQ.) — Figures coccidiennes dans l'épithélioma du xeroderma pigmentosum, par M. SABRAZÈS. (Discussion : M. DARIER.) — Quarante-six examens de sperme au cours de l'orchite double, par MM. BALZER et SOUPLET. — Contribution au traitement de la pelade, par M. FERRAS. — Syphiloïdes de l'enfance (folliculites pseudo-syphilitiques), par M. BATAILLE. (Discussion : MM. A. FOURNIER, E. BESNIER, QUINQUAUD, L. JACQUET.) — Note sur la pathogénie des ulcérations trophiques de la peau, par M. L. JACQUET. (Discussion : M. QUINQUAUD.) — Note sur un cas de calvitie et de pelade généralisée, par M. PETRINI. — Cas de première blennorrhagie à incubation extrêmement longue, par M. EHLERS.

Lettre de M. Ehlers sur la malléine, du professeur BANG.

M. ERNEST BESNIER. — M. Ehlers (de Copenhague) a bien voulu m'adresser la lettre suivante que je crois de nature à intéresser la Société.

MON CHER MAITRE,

M. Bang, professeur à l'école vétérinaire de Copenhague, a réussi à produire une substance, la *malléine*, qui possède envers le farcin les mêmes qualités que la tuberculine contre la tuberculose.

Il a essayé les effets du nouveau remède sur 14 chevaux.

Deux de ces chevaux étaient manifestement morveux. A deux autres chevaux, qui avaient été en contact immédiat avec les chevaux morveux, mais qui ne montraient jusqu'ici pas de signes de la morve, il a injecté de la malléine ; les chevaux présentaient au bout de 24 heures une réaction très forte.

On les a alors abattus et l'autopsie démontrait de la morve des poumons.

Aux dix chevaux restants il injecta du liquide aussi, mais sans réaction suivante.

M. Bang est un des nôtres, un médecin qui a quitté nos rangs pour se vouer à la science vétérinaire.

Travailleur assidu, savant scrupuleux, il ne nous portera jamais des découvertes à demi préparées, comme celle de la tuberculine.

Agréez, etc. Dr Ehlers.

Sur un cas de mycosis fongoïde.

Par MM. Hallopeau et Barrié.

Le malade qui fait l'objet de cette présentation est atteint de mycosis fongoïde. Bien qu'il s'agisse d'une forme typique de cette maladie, il présente plusieurs particularités sur lesquelles nous insisterons.

C'est un homme de 40 ans dont les parents vivent encore, qui a toujours habité la campagne et n'a jamais eu de maladie grave.

Il y a 4 ans apparurent sur les bras et les jambes au niveau des coudes et des genoux des plaques rouges très prurigineuses. Ces plaques résistèrent à tous les traitements et se montrèrent bientôt dans d'autres régions, au dos, au cou; mais à aucun moment le malade ne présenta d'érythrodermie généralisée.

Un an après le malade remarqua dans le flanc gauche l'existence d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois. Cette tumeur s'ulcéra rapidement, devint bourgeonnante et s'accrut au point de présenter en 5 mois le volume d'une orange. En même temps les ganglions de l'aine devinrent le siège d'un engorgement assez considérable. Bien qu'il ne souffrît pas et pût continuer son travail, le malade entra en avril 1889 à l'hôpital de Cambrai, où le Dr Delbarre pratiqua l'ablation de la tumeur au bistouri et le grattage des ganglions de l'aine.

Au bout de 5 à 6 mois, récidive dans la cicatrice et apparition d'une nouvelle tumeur au niveau du flanc droit; en même temps engorgement considérable des ganglions de l'aine et des aisselles. L'adénopathie disparut seule ; mais les tumeurs continuant à augmenter, le malade entre de nouveau à l'hôpital en avril 1890. On pratiqua la cautérisation des deux tumeurs avec la pâte de Vienne et le thermocautère. La tumeur du flanc droit fut ainsi complètement détruite et n'a plus reparu depuis; mais celle du flanc gauche ne put être détruite qu'en partie et elle n'a cessé de s'accroître depuis cette époque malgré des cautérisations répétées.

Six mois après apparaît une nouvelle tumeur à l'épaule droite. Enlevée en avril 1891 elle récidiva dans la cicatrice au bout de trois mois en même temps qu'apparaissaient deux nouvelles tumeurs, l'une à l'aine droite, l'autre à l'épaule gauche.

Pendant toute cette période, en dehors des tumeurs mycosiques le malade a présenté sur la peau des éruptions eczématiformes et lichénoïdes qui siégeaient particulièrement au tronc et aux membres. Ces éruptions ont passé à plusieurs reprises par des alternatives d'amélioration et d'aggravation, mais n'ont jamais complètement disparu.

L'état général n'est pas altéré et le malade a pu continuer son travail.

Actuellement le malade présente quatre grosses tumeurs mycosiques. La plus considérable est également la plus ancienne et siège au flanc gauche. Elle a une longueur de 18 centimètres sur 11 de large et fait une saillie de 4 centimètre à peu près. Les bords de la tumeur sont violacés, recouverts d'une peau extrêmement fine ; sa surface libre ulcérée vers le centre présente certains points d'un rouge vif qui saignent facilement. Elle est parcourue par de petits sillons peu profonds qui lui donnent un aspect bosselé irrégulier, assez semblable à celui d'une tomate.

Un peu au-dessus on remarque une petite néoplasie plus récente faisant une très légère saillie et ayant la forme des 2/3 d'une ellipse ouverte dans son tiers supérieur. Cette lésion mesure de 1 centim. à 1/2 centim. de diamètre sur une longueur de 8 centim. Sa surface est d'un rouge vif, sa consistance est molle.

La deuxième tumeur mycosique siège à l'aine droite. Elle est ovoïde et présente le volume d'une tête de fœtus à 7 mois. La peau qui la recouvre est lisse, violacée, tendue et présente deux ulcérations. L'une à la face interne est taillée à l'emporte-pièce, profonde et n'excède pas les dimensions d'une pièce de 20 centimes. L'autre à la face interne est superficielle et présente les dimensions d'une pièce de 2 francs ; son fond est d'un rouge vif limité par des bords indurés qui lui donnent une grande ressemblance avec un chancre syphilitique. Cette tumeur a une consistance également dure en tous les points ; elle est mobile sur les parties profondes.

Un peu en dedans de cette deuxième tumeur se trouve, au-dessus de la symphyse, une petite néoplasie non ulcérée ayant le volume d'un pois.

La troisième tumeur siège au niveau de l'épaule droite. Elle est arrondie et mesure 10 centim. de diamètre. Ulcérée à son centre, elle est parcourue par de nombreux sillons très profonds qui la divisent en plusieurs crêtes saillantes réunies seulement à leur base, de sorte qu'elle semble être formée par la réunion de plusieurs tumeurs. Du reste un peu au-dessous de cette tumeur principale on en voit une plus petite séparée d'elle par un espace de peau saine.

La quatrième tumeur mycosique siège à l'épaule gauche et est constituée par deux petites saillies en forme de champignon.

Les tumeurs mycosiques ne sont pas les seules lésions de la peau qu'on constate. Sur le tronc et les membres existent des placards d'eczéma sec ou humide affectant par places la forme circinée ; ailleurs ce sont des lésions lichénoïdes ; en quelques points les lésions se localisent au niveau des poils et simulent le pityriasis pilaris. Dans la région latérale droite du cou et à la face interne du 3e espace intercostal droit existent, au milieu des lésions eczématiformes, deux petits points surélevés qui sont des néoplasies mycosiques au début.

L'état général du malade est bon ; l'appétit est conservé et il n'existe pas d'amaigrissement notable.

Dans cette observation les faits suivants nous paraissent surtout devoir être mis en relief.

Les éruptions superficielles sont essentiellement polymorphes ; en diverses régions elles affectent le caractère du pityriasis pilaris avec engainement de la base des poils. On trouve tous les intermédiaires entre les éruptions eczémateuses et lichénoïdes et les grosses tumeurs mycosiques ; plusieurs de celles-ci atteignent un volume énorme. L'une d'entre elles présente la forme d'un bourrelet semi-circulaire, elle offre une grande analogie avec celles qui existaient chez le malade de M. Fournier dont l'observation a été publiée par M. Bruchet en 1887 et peut être considérée comme caractéristique. Une des tumeurs présente une ressemblance frappante avec une tête de fœtus, elle est en partie sous-cutanée bien qu'adhérente presque partout à la face profonde du derme. Nous avons vu qu'une des deux ulcérations qu'elle présente simule à s'y méprendre un chancre induré.

L'examen du sang pratiqué par M. Jeanselme à l'aide de piqûres faites dans une tumeur non ulcérée y a révélé la présence de microcoques qui se colorent par le Gram. M. Jeanselme avait trouvé récemment les mêmes éléments dans le sang extrait d'une plaque récente et non ulcérée chez un autre mycosique. Bien que ces constatations lui paraissent trop peu nombreuses pour en tirer des conclusions fermes, on ne peut méconnaître que les concordances de ces observations avec celles de Rindfleich, Hammer, Hochsinger et Schiff, Vidal et Marfan, Stellwagon conduisent à penser qu'il peut s'agir du microbe pathogène malgré les observations contradictoires qui ont été publiées. Les faits positifs priment les faits négatifs.

Deux des tumeurs enlevées par le bistouri ayant repullulé et la troisième paraissant en voie de récidive, nous nous demandons s'il y a lieu de revenir à ces opérations ; d'autant plus que l'on sait que dans cette maladie on peut voir des tumeurs très volumineuses subir une évolution rétrograde.

M. Hardy. — C'est là l'affection qu'on dénommait lichen hypertrophique alors qu'on ne connaissait pas le mycosis fongoïde ; une des particularités les plus importantes est la disparition possible, sans cicatrice, des ulcérations et des tumeurs.

M. E. Besnier. — J'ai déjà insisté sur ce fait que même en tenant compte de la notion plus parfaite de la maladie à notre époque, il semble qu'on l'observe plus fréquemment aujourd'hui. Unna partage également cette impression.

Est-ce le fait d'une série ? ou bien le mycosis tend-il à se propager ? On ne saurait encore le dire.

Il n'est plus possible de ranger cette affection dans les cancers au sens ordinaire du mot, la guérison possible des tumeurs suffirait à le démontrer.

Plusieurs opérations ont été faites, nous dit-on, sur ce malade ; et il y a eu

récidive. Mais l'extirpation a-t-elle été faite en tissu sain ou pathologique? A deux reprises M. Terrier a opéré des malades que je lui avais adressés. Dans les deux cas il n'y eut aucune récidive locale, mais le mal a poursuivi son évolution en d'autres points et les malades ont succombé au bout de 2 ou 3 ans.

D'après un important mémoire de M. Philippson (de Hambourg), que je vais communiquer en son nom, il serait déjà possible de démontrer dans les efflorescences du début la nature mycosique de l'affection.

Ces efflorescences seraient donc d'emblée constituées par du mycosis en *nappe*. Il serait très désirable que ce progrès histologique se confirmât. Nous sommes parfois actuellement obligés de rester fort longtemps en suspens en présence de certaines éruptions généralisées, ortiées, lichénoïdes, ou eczématiques.

M. Vidal. — Je trouve ici au-dessous du mamelon droit, au niveau des canaux galactophores, une induration probablement développée dans le riche réseau lymphatique qui entoure les canaux. C'est le commencement d'une tumeur qui est appelée sans doute à devenir plus grosse et analogue à celle que j'ai observée avec M. Marfan, dans le cas de mycosis fongoïde terminé prématurément avant la formation des tumeurs qui a été publié sous le titre de « lymphodermie pernicieuse » dans les comptes rendus des *Réunions cliniques de l'hôpital St-Louis*, 28 mars 1889, p. 145.

Des tumeurs du même genre ayant au moins la grosseur d'une noix, existaient dans les deux régions mammaires, au-dessous des mamelons, chez le sujet de la 2e observation de M. Besnier qui vous a été présenté dans notre séance du 10 mars 1892 (*Bulletin de la Société française de Dermat. et de Syphil.*, 1892, p. 115). Le fait n'avait pas, que je sache, été encore signalé.

M. Hardy. — La fréquence du mycosis est-elle réellement plus grande aujourd'hui? Pour ma part, j'en doute : dans le service de Bazin comme dans le mien nous avons observé de tout temps le mycosis fongoïde, je crois simplement que le diagnostic est devenu plus exact. La question ne pourrait être tranchée que par des statistiques bien faites.

M. Lailler. — Et la question thérapeutique?

M. Hallopeau. — Je me propose d'employer le salol à 10 0/0 sans grand espoir. Quant aux tentatives opératoires, elles me paraissent condamnées par la difficulté qu'il y aurait à opérer en tissu sain.

M. Brocq. — Je n'ai jamais eu à traiter des tumeurs aussi volumineuses que celles-ci. Cependant il me paraît logique d'essayer du napthol camphré ou de l'acide pyrogallique, en procédant comme M. Vidal, c'est-à-dire en faisant d'abord l'abrasion de la tumeur puis en appliquant sur la surface abrasée, le naphtol camphré ou l'acide pyrogallique, quitte à recourir à la chirurgie si cela ne réussit pas. Mais il faudrait ici un délabrement chirurgical énorme; il me paraît préférable d'attaquer les tumeurs par *morcellement*, en utilisant l'abrasion.

M. Hallopeau. — Mes collègues pensent-ils qu'il y ait ici des chances de disparition spontanée.

M. Lailler. — Il y a au Musée des exemples de tumeurs aussi volumineuses qui ont disparu presque par résorption.

M. Hardy. — Parfaitement, et sans laisser aucune cicatrice.

M. Brocq.—Je doute fort pour ma part de la disparition de tumeurs aussi considérables.

Histologie du mycosis fongoïde typique,

Par M. L. Philippson.

Le mycosis fongoïde, dont nous devons la connaissance clinique principalement aux auteurs français et qui a été étudié si complètement par eux, n'est pas connu au même degré quant à l'histologie. Depuis les premières recherches de Rouvier sur cette maladie (1869) jusqu'à la description récente par Wickham, des fragments de peau provenant du cas de Hallopeau (Comptes rendus du congrès intern. Paris, 1889), on trouve toujours comme résultat principal la constatation du *tissu adénoïde*. Quoique dans leur étude sur le mycosis fongoïde (*France médic.*, 1885, nos 79-85), Vidal et Brocq aient démontré que dans de vraies tumeurs mycosiques ce tissu adénoïde peut faire défaut et quoiqu'on puisse le trouver aussi dans d'autres granulomes, où il y a des cellules néoformées entre les fibres conjonctives, la plupart des descriptions histologiques tendent à démontrer ce tissu adénoïde, ce réticulum. Or les opinions sur la valeur pathologique de ce tissu ne sont pas d'accord, et en général le lecteur ne sait pas si ce tissu, d'après l'opinion de l'auteur, s'est formé nouvellement à la place du derme normal ou si ce tissu ce compose simplement des fibres conjonctives normales, entre lesquelles les nouvelles cellules se sont développées. Ces questions ne sont pas encore tranchées par la simple démonstration d'un tissu adénoïde et la valeur de ce fait anatomique dépend seulement d'une réponse affirmative à la première question. Dans aucune description je n'ai trouvé de réponse satisfaisante à cette demande. Outre cela on emploie encore toujours la méthode au pinceau qui est beaucoup trop grossière pour une recherche si délicate et qui est sans doute inférieure aux méthodes modernes de faire des coupes très fines et de faire la différenciation tinctorielle des éléments des tissus. Par ces méthodes il est très facile de constater que ce réticulum dans les tumeurs fongoïdes se compose de fibrilles conjonctives anciennes qui sont séparées par des cellules néoformées. C'est

pour cela que dans les descriptions qui sont faites d'après des coupes microscopiques traitées par ces méthodes, on ne fait pas même mention de ce réticulum. De ces divers travaux je cite seulement la monographie de Hochsinger-Schiff. (Zur Lehre vom Granuloma fungoides 1886), et la publication de Ledermann (Ueber Myc. fung. Auspitz's Archiv., 1889). Ils ont trouvé que les tumeurs se composent de cellules embryonnaires, entre lesquelles le tissu ancien existe encore. Hochsinger-Schiff disent expressément ne pas avoir vu des cellules géantes et Ledermann a trouvé que les mitoses manquent dans le tissu conjonctif, quoi qu'il ait durci la préparation dans la solution de Flemming. D'après l'opinion de ces auteurs les tumeurs formées par des leucocytes se rangent parmi les granulomes infectieux comme la syphilis, la lèpre, la tuberculose, etc., dont les éléments descendent aussi de leucocytes émigrés.

Autant que je sache, toutes les recherches histologiques sur le mycosis se rapportent aux tumeurs développées qui principalement nous frappent dans le cours de la maladie. Jusqu'à ce jour on a négligé les premiers stades qui ne semblent pas être si caractéristiques et qui sont désignés d'un nom banal comme eczéma, érythème, lichen, etc. Pour Bazin « ces symptômes cutanés ne nous offrent rien d'absolument spécial, rien du moins qu'on ne puisse à la rigueur retrouver dans certaines affections vulgaires et bien connues de la peau » (Diction. encyclop. des sciences médic., art. Mycosis, p. 185). Nous retrouvons la même opinion dans la première édition de la traduction du traité de Kaposi par Besnier et Doyon, art. Mycosis : « Après être restées longtemps à l'état de taches congestives fugaces ou fixes, ces efflorescences prennent corps, la peau s'épaissit à leur niveau ; le grattage détermine des dermites eczématiformes ; puis les plaques deviennent plus épaisses, lichénoïdes. Dans sa première période l'affection ne peut être devinée que par un médecin particulièrement expérimenté. » Mais il me faut ajouter ici quelques lignes des mêmes auteurs pour donner toute leur opinion : L'eczéma *vrai* ce ne sont pas les efflorescences pré-mycosiques et cette maladie n'a pas la sarcomatose fongoïde dans sa séquelle (trad. de Kaposi, 1891, t. II, p. 638). Aussi Vidal et Brocq (Étude sur le myc. fong. *France médic.*, 1885) déclarent avec précaution : « au début, les premières manifestations ressemblent fort à des plaques d'eczéma sec ». Kaposi au contraire parle franchement d'eczéma (Traité, 1885, p. 851) : « Die Symptome der Mycosis setzen fast in jedem Falle mit den Erscheinungen des Eczems ein.....Die Veränderung entspricht vollends dem bekannten Bildes des plaqueartigen squamösen Eczems bleichsüchtiger Personen..... » Plus loin il dit : « Einzelne Herde-blassen im Centrum bei fortschreitender Peripherie und bilden so kreisformige Eczemherde. » Je voudrais fixer l'attention sur cette

phrase, où Kaposi attribue à l'eczéma des qualités qui ne lui sont pas familières. Aussi Funk ne croit pas aux premiers stades du vrai eczéma : « These spots possess a few peculiarities quite foreign to eczema. Thus, for example, the spots assumed sometimes an annular form » (*Brit. Journ. of Dermatol.*, 1889, p. 184). Ces citations suffisent pour montrer que cliniquement les premiers stades n'offrent rien de caractéristique pour le mycosis, mais aussi qu'il y a des auteurs qui sont loin d'identifier ces lésions avec l'eczéma vrai, comme le fait Kaposi. Ces lésions simulent des plaques eczémateuses, mais, malgré cela, elles présentent quelque chose de spécial, qui, outre l'observation du cours précédent de la maladie et de l'état actuel du malade, permet au moins de soupçonner le caractère mycosique. Ce fait est aussi reconnu par Kaposi lui-même dans la discussion sur le mycosis au Congrès internat. de dermatol. (Comptes rendus, 1890, p. 537) : « Il y a un épaississement de la peau qui donne au doigt une sensation spéciale qu'on reconnaît lorsqu'on l'a déjà constatée ». Or s'il y a une différenciation clinique de ce stade ambigu, il y a aussi une différenciation anatomique qu'on n'a pas cherchée jusqu'à maintenant, parce qu'en général on était convaincu de la non-spécificité de la période eczémateuse ou eczématiforme.

Cette délibération et l'expérience qu'à l'inverse de l'observation clinique les caractères histologiques de beaucoup de lésions se manifestent le plus clairement au début du processus morbide me firent faire l'investigation anatomique de ces premiers stades du mycosis dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer dans la clinique de mon cher maître et chef M. le Dr Unna.

Ce cas était tout à fait typique : des érythèmes fugaces d'abord, ensuite des taches rouges, légèrement squameuses, très prurigineuses, avec des plis exagérés de la surface, puis des taches rouge brun un peu saillantes, enfin des bourrelets multiformes et des tumeurs grosses comme des noisettes et des noix. La description clinique de ce cas sera publiée dans la *Berliner klinische Wochenschrift* en détail, pour mes lecteurs ici, il suffira de dire que ce cas était typique et qu'il me faudrait répéter la description déjà faite si souvent dans ces archives.

J'ai fait la *biopsie :* 1) d'une tache érythémateuse, légèrement squameuse, avec des plis exagérés de la surface, à peine saillante pour le doigt, un peu plus dure que la peau normale (période eczémateuse), située sur le pli dernier de l'aisselle droite ; 2) d'une plaque rouge brun, un peu saillante, d'une surface lisse mamelonnée, bien limitée, assez molle ; 3) des tumeurs dans différents stades de développement. Les morceaux furent fixés dans l'alcool absolu et dans la solution de Flemming, puis mis dans la celloïdine et tranchés dans des coupes d'épaisseur 10 μ. Les coupes furent colorées avec l'hématoxyline et l'éosine, la safranine et le bleu de méthylène.

Histologie de la tache érythémateuse. — Avec un faible grossissement on voit, qu'en comparaison avec la partie normale de la coupe, le changement concerne l'épiderme et les couches supérieures du derme sous-jacentes.

La néoplasie intra-dermique est très nettement limitée en bas par une ligne horizontale. Dans le chorion proprement dit il n'y a que des organismes préformés, mais visiblement aussi entourés par le tissu nouveau. Examinant avec un fort grossissement on dénote l'hypertrophie de l'épiderme et des cellules de nouvelle formation du tissu conjonctif. Quant à l'épiderme et les parties au-dessus des papilles et les cônes (les coupes perpendiculaires des arêtes épithéliales) sont plus épais que l'épiderme normal au bord de la coupe. Aussi la couche cornée est un peu plus épaisse. Les cellules épithéliales sont parfaitement saines et l'on trouve une grande quantité de mitoses dans la couche germinative (plusieurs dans chaque champ). Outre cela nous voyons par places des lésions, dont je parlerai après.

La néoplasie intradermique occupe les papilles et la couche sous-papillaire. Il est très facile de constater que le commencement de la néoplasie se trouve autour des capillaires sanguins. Elle se compose principalement des cellules rondes ou ovalaires, avec des noyaux ronds, riches de chromatine ou des noyaux formés comme ceux des cellules fixes du tissu conjonctif. Parmi ces cellules, on découvre aussi des cellules avec un protoplasma plus large que celui des autres, puis des cellules avec deux, trois, quatre noyaux, et enfin plus rarement, mais dans chaque coupe plusieurs des cellules géantes, dont les noyaux se trouvent ou dans la périphérie, ou irrégulièrement distribués. Ces cellules géantes sont situées à la partie supérieure des papilles, mais aussi ailleurs parmi les autres. Pour découvrir l'origine de ces cellules, j'ai cherché des mitoses et j'en ai trouvé beaucoup entre celles-ci, une jusqu'à trois dans chaque champ et dans chaque coupe. Tels sont les changements qui nous frappent les premiers.

Le tissu conjonctif est normal. Les capillaires sanguins sont dilatés et contiennent quelques leucocytes avec un noyau rond ou fragmenté. Quelques-uns se trouvent aussi entre les cellules de nouvelle formation. Les fentes lymphatiques sont faciles à reconnaître, parce qu'elles sont dilatées et remplies de granulations de fibrine. On les voit dans les papilles et parallèles au réseau capillaire sous-papillaire. Les papilles sont plus larges qu'à l'état normal par l'œdème et les cellules nouvelles. Cet œdème pénètre aussi dans la couche épineuse, en y creusant des logettes, que nous allons décrire. Entre les cellules épithéliales des premières rangées, on voit des fentes qui sont limitées par des cellules plus ou moins aplaties d'un côté, et de l'autre elles s'ouvrent dans le tissu conjonctif œdémateux des papilles. Les mêmes cellules de nouvelle formation qui s'y trouvent sont aussi dans les fentes. Deux fois j'ai trouvé, dans ces logettes, des mitoses qui n'étaient

pas à confondre avec des mitoses des cellules épithéliales. Ces fentes interépithéliales se trouvent principalement au-dessus des points des papilles, mais aussi à côté de celles-ci. Elles se continuent aussi plus hautement jusqu'à la couche cornée. Il dépend de la direction de la coupe, si l'on croit voir des lacunes isolées au milieu de l'épiderme, remplies de cellules conjonctives ; les coupes suivantes décèlent la fente qui fait la communication avec le tissu conjonctif par les couches inférieures de l'épiderme. Mais dans la couche cornée, il y a des amas vraiment encapsulés, où il ne reste des cellules que les noyaux plus ou moins ratatinés. Entre les cellules de nouvelle formation inter-épidermiques, on trouve aussi des leucocytes. Par places, mais rarement, les fentes ne sont pas si bien limitées, parce que les cellules épithéliales sont dégénérées hydropiquement.

Comme j'ai déjà dit, la néoplasie intra-dermique est très bien limitée en bas. Le chorion ne montre pas de changement, la néoplasie se tient aussi ici aux capillaires sanguins qui entourent les grands vaisseaux, les follicules pileux, les glandes sébacées, les canaux des glandes sudoripares (les glandes elles-mêmes n'étaient pas dans la coupe). Les cellules nouvelles sont les mêmes que celles déjà décrites. Aussi entre celles-ci on voit des mitoses.

Histologie de la plaque saillante. — On observe en général les mêmes changements comme dans le premier morceau, mais plus développés. Aussi ici la néoformation dans le derme est très nettement limitée en bas, et affecte principalement les couches supérieures. La plus grande différence vis-à-vis de l'état plus jeune est la passivité de l'épiderme. Le grossissement des papilles et de la couche sous-papillaire est tel que les cônes épithéliaux sont raccourcis et aplatis ou disparus, ce qu'on peut décrire aussi de la manière suivante : les papilles agrandies se sont plus ou moins unies et l'épiderme plus ou moins aplati met entre celles-ci des appendices en forme de festons plus ou moins longs et étroits. Le nombre de mitoses est très petit. Çà et là il y a encore de petites logettes remplies de cellules de formation nouvelle. La néoplasie intra-dermique a un diamètre trois fois de celle-ci de l'état plus jeune. La grandeur et la formation des cellules nouvelles est plus uniforme. Des cellules avec un protoplasma hyperplasique sont rares, des cellules géantes manquent. Mais le nombre des mitoses est plus grand, on les voit dans toutes les phases. La néoplasie autour des organes du derme est plus épaisse et formée des mêmes cellules.

Histologie des tumeurs. — Entre les bourrelets et les tumeurs excisées il y en a quelques-unes qui sont au comble du développement et d'autres qui montrent déjà des changements régressifs.

Les premières se composent des cellules déjà décrites, serrées les unes contre les autres et pressant l'épiderme mince et aplati au dehors. Malgré que la tumeur se soit enfoncée plus bas dans les couches

inférieures du derme, elle a fait son plus grand développement dans les couches supérieures et saille considérablement sur le niveau de la peau normale environnante. Partout les limites avec le tissu sain sont bien nettes. Comme je l'ai déjà dit, l'épiderme est très mince et ses appendices très courts et étroits, mais par places il y a des appendices qui s'enfoncent très profondément. En même temps la couche cornée s'enfonce aussi et l'on y reconnaît les grands sillons qui causent l'aspect multilobé des tumeurs de mycosis fongoïde. Les épithéliums sont aplatis, ne montrent des mitoses que rarement ; il n'y a plus de logettes. Dans la néoplasie on reconnaît immédiatement l'uniformité des cellules et un nombre considérable de mitoses dans toutes les phases, dans chaque champ se comptent quatre, six, huit et encore plus. Entre les mitoses normales on trouve quelques-unes plus grandes que les autres et non pas formées si régulièrement. Des cellules avec un corps protoplasmatique plus grand et des cellules géantes manquent. Les leucocytes sont rares. Quelquefois il y a des corpuscules rouges libres dans le tissu connectif. Entre les cellules serrées on découvre facilement le tissu ancien, les fibrilles connectives et élastiques, les capillaires sanguins dilatés, les fentes lymphatiques dilatées, les grands vaisseaux et les autres organes, tous tout à fait normaux et bien conservés.

Cette description se rapporte aux tumeurs avec une surface lisse, dans d'autres couvertes de *croûtes* et *sécrétantes* ou *ulcérées*, on voit comme changements secondaires des signes d'inflammation et de suppuration : par places des amas plus ou moins grands de leucocytes dans la néoplasie, dans les vaisseaux, la perte de l'épiderme, etc.

Une *autre métamorphose* s'est trouvée dans quelques bourrelets avec surface lisse, qui se composaient des mêmes cellules comme les autres. Mais ici il y avait entre l'épiderme aplati et la néoplasie une zone sous-épidermique qui ne montrait pas autant de cellules, ni la néoplasie elle-même n'était plus si dense qu'auparavant. Un examen plus attentif dénote qu'il y a un changement autour et dans les capillaires sanguins superficiels. Le tissu autour des capillaires est sans cellules et tout à fait homogène. On n'y peut distinguer les fibrilles connectives. Cette dégénération hyaline du tissu connectif donne un aspect remarquable à la couche sous-épidermique et aussi par places à la néoplasie.

Dans cette zone et dans ces lignes homogènes on distingue des capillaires plus ou moins altérés. Quelques-uns ont une lumière normale, d'autres très étroite et reconnaissable seulement par la situation des noyaux des endothéliums. En dedans on trouve des corpuscules rouges ou une masse granuleuse avec les restes des noyaux. Il y a aussi des capillaires qui sont tout à fait oblitérés. En un mot cette thrombose des capillaires et la transformation hyaline du tissu

d'alentour est à voir dans les différents stades de développement. Comme j'ai déjà dit les cellules de la néoplasie ne sont plus si serrées ; outre cela le nombre des mitoses est plus petit, dans toute la coupe seulement 4-6. Entre ces cellules on trouve maintenant des mastzellen qui sont très rares dans d'autres tumeurs.

J'ai coloré plusieurs coupes de tous les morceaux d'après les méthodes de Löffler et de Kuhne, par le bleu de méthylène pour rechercher des micro-organismes. J'en ai trouvé seulement dans des tumeurs déjà exfoliées ou ulcérées ; il était facile de démontrer que ces cocci étaient pénétrés de dehors dans la néoplasie et n'avaient qu'une signification secondaire. Dans les stades premiers je n'en ai rien trouvé, quoique j'aie employé les méthodes de décoloration les plus circonspectes.

Si je *résume* cette description histologique, nous avons trouvé dans le premier morceau l'hypertrophie de l'épiderme et la néoformation de cellules dans le tissu conjonctif autour des capillaires sanguins, principalement autour du réseau superficiel du derme (dans les papilles et la couche sous-papillaire).

Outre cela l'hyperplasie des cellules nouvelles (des cellules avec un protoplasma plus grand ; des cellules avec plusieurs noyaux ; des cellules géantes) ; puis l'œdème dans les couches superficielles du tissu conjonctif et la formation de vésicules microscopiques entre les épithéliums. Dans le 2e morceau : le développement plus grand de la néoplasie dans le derme, principalement dans les couches superficielles ; les cellules nouvelles d'une grandeur à peu près égale ; l'épiderme par places déjà aplati. 3) Entre les tumeurs, quelques-unes avec développement considérable de la néoplasie, beaucoup plus dans la direction au dehors qu'en bas ; l'épiderme très mince avec une couche cornée ou intacte ou exfoliée. D'autres tumeurs par places suppurées ou ulcérés avec des cocci. D'autres tumeurs enfin avec raréfaction de la néoplasie, avec thrombose des capillaires sanguins et avec dégénération hyaline du tissu conjonctif autour de ceux-ci.

Histologiquement donc, nous pouvons distinguer 4 phases ; la première caractérisée par la néoformation dans le derme et l'hypertrophie de l'épiderme ; la seconde par la passivité de l'épiderme et l'agrandissement de la néoplasie ; la troisième par l'infection secondaire des tumeurs et la quatrième par les lésions régressives dans la néoplasie.

Le fait le plus nouveau qui résulte des recherches précédentes est que le mycosis se forme des *cellules du tissu conjonctif*. A cause du grand nombre des mitoses il est très facile d'en donner les preuves.

Essayons maintenant, en profitant des connaissances anatomiques, d'expliquer quelques caractères cliniques du mycosis fongoïde ? Nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner des taches érythémateuses fugaces, nos recherches commencent par une tache fixe érythémateuse avec des plis exagérés.

Quant au dernier phénomène, on le trouve partout où il y a une hypertrophie de l'épiderme avec un grossissement des papilles, principalement donc dans toutes les inflammations chroniques superficielles de la peau, mais aussi dans des conditions où le grossissement des papilles est causé par une néoplasie de *cellules du tissu conjonctif* ou de cellules épithélioïdes (verrues). Si l'on dit que les taches érythémateuses prennent corps peu à peu, cela veut dire anatomiquement que les cellules du tissu conjonctif se multiplient et que l'épiderme s'hypertrophie. Que la néoplasie intradermique se développe dans les couches superficielles, c'était déjà reconnu cliniquement par Vidal et Brocq (*l. c.*, p. 26 ; la lésion cutanée semble n'occuper que l'épiderme et les couches papillaires du derme). Ces taches peuvent encore disparaître ou elles persistent des mois, quelquefois des années. Un signe de la longue durée dans notre cas est la formation de cellules géantes qui disparaissent aussitôt que le développement de la maladie devient plus aigu. Donc nous voyons que les auteurs qui ont contesté la nature eczémateuse de cette phase de la maladie, ont raison : *ces taches sont déjà la néoformation caractéristique du mycosis.* L'histologie de l'eczéma chronique en diffère presque dans tous les points. L'eczéma montre des leucocytes dans le derme, quelquefois des cellules nouvelles, mais jamais autant, jamais des cellules hyperplasiques, jamais des cellules géantes. S'il y a des vésicules, elles sont formées par la dégénération des épithéliums, tandis que les vésicules microscopiques dans notre cas sont de simples fentes interépidermiques, remplies par des cellules du tissu conjonctif et non pas principalement par des leucocytes. En un mot les taches érythémateuses ou eczématiformes sont tout à fait particulières et méritent d'être considérées déjà comme le *commencement des tumeurs caractéristiques du mycosis fongoïde, c'est le granulome plat et étendu.*

Si donc la première période est histologiquement la période d'état à sa naissance, alors il n'existe plus la transformation supposée d'un eczéma en mycosis et le développement de la maladie est bien plus facile à comprendre.

Les taches érytémateuses deviennent peu à peu plus saillantes, leurs coloration est d'un rouge sombre, la surface légèrement mamelonnée. L'épiderme qui était d'abord très actif devient maintenant de plus en plus passif, à mesure que la néoformation intradermique qui tend à se développer au dehors s'agrandit. Comme dans la première période, les efflorescences peuvent disparaître sans laisser une trace, fait qui s'explique facilement par l'histologie. La néoformation intradermique ne détruit pas le tissu ancien, elle se développe simplement entre les fibres connectives et après sa régression nous avons l'état antérieur normal. S'il y reste des cellules, elles peuvent deve-

nir un jour le point de départ des tumeurs, parce que ces cellules sont déjà les mêmes qui se trouvent dans celles-ci.

Pour la rapidité dans la formation des tumeurs nous avons trouvé comme expression histologique le grand nombre de mitoses et l'uniformité des cellules. L'épiderme aplati et mince donne à la surface des tumeurs l'aspect lisse, étendu, vernis, tandis que l'état mamelonné dépend des sillons, qui correspondent aux arêtes épithéliales hypertrophiées et non déplacées. Quoique la néoplasie intradermique s'étend aussi dans les couches profondes du derme, elle se développe principalement dans les couches superficielles depuis le commencement jusqu'à la formation des tumeurs qui se lèvent par conséquent sur la peau environnante et sont assez mobiles.

La suppuration et l'ulcération ne sont pas fondées dans le caractère de la néoplasie et demandent une infection par des cocci pyogènes. Quoique très ordinaire, elle n'est pas spécifique pour le mycosis fongoïde. Tout autre est la régression spontanée qui se trouve si souvent dans le cours du mycosis.

Ce phénomène a comme base anatomique la disparition des cellules autour des capillaires, la transformation du tissu conjonctif en masse hyaline et la thrombose des capillaires avec l'oblitération consécutive. Si, en dehors des tumeurs, dans les autres périodes la régression des lésions dépend aussi des mêmes processus anatomiques, je ne peux décider par manque de preuves histologiques.

Jusqu'à présent j'ai seulement parlé d'un cas dont j'ai recueilli moi-même l'observation clinique, mais pour donner aux résultats histologiques une base plus large j'ai examiné aussi d'autres cas de mycosis fongoïde, dont M. le D[r] Unna a bien voulu me prêter des coupes de sa collection si riche et si complète.

Outre les cas, dont le diagnostic était fait par différents dermatologistes fameux et dont les coupes montrent les images connues des tumeurs bien développées, j'ai examiné aussi un autre cas qui a été observé à la clinique il y a 2 ans. On avait fait une biopsie et après la mort de nombreuses excisions des lésions dans différents stades. D'après l'observation de M. le D[r] Unna ce cas ressemblait tout à fait à notre cas, étant aussi un cas de mycosis fongoïde avec des érythèmes préliminaires. Les fragments excisés de peau répondent en partie au deuxième morceau de notre cas, mais la plupart sont des tumeurs plus ou moins développées. Les coupes microscopiques offrent le même aspect que nous venons de décrire amplement. Il est aussi facile à découvrir partout des mitoses dans le tissu conjonctif et à donner les preuves que la néoplasie intradermique prend son origine des cellules fixes du tissu conjonctif.

D'après toutes ces recherches je dois dire que les conclusions de notre premier cas ont une valeur plus générale pour le mycosis fongoïde. Nous nous résumons de la manière suivante :

1° Le *mycosis fongoïde prend son origine dans les cellules conjonctives* ; il se range par conséquent parmi les granulomes.

2° La période eczématiforme est anatomiquement déjà le commencement du granulome ; les taches *soi-disant eczémateuses sont un granulome mince et étendu.*

3° La *biopsie de ces taches* dans un cas ambigu est à même de faire le diagnostic, parce que la structure histologique en est très caractéristique.

Appendice. — Dans la description précédente j'ai parlé seulement des cas typiques de mycosis fongoïde, avec des érythèmes prémycosiques. Il me faut ajouter encore quelques mots sur les cas non typiques.

Je fais mention d'abord du cas fameux de M. Hallopeau (Sur une lymphodermie scarlatiniforme, début probable d'un mycosis fongoïde atypique. (Compt. rend. Congr. internat. Paris, 1890, p. 525). Daprès la description et la discussion l'assemblée illustre semblait être d'accord que ce cas était de nature mycosique. Donc une comparaison entre l'histologie de ce cas et des miens est nécessaire. Bien que M. Wickham qui a fait les recherches microscopiques décrive des lésions dont l'aspect clinique n'était pas l'aspect ordinaire des taches eczémateuses, le cas étant en général atypique, malgré cela la description offre quelques ressemblance avec la nôtre. Elle réunit quelques caractères de nature régressive et d'autres qui se trouvent dans la période eczématiforme, page 532. Les papilles ont presque *totalement disparu* et à leur niveau il existe une *zone scléreuse* formée d'épaisses travées *conjonctives d'aspect homogène.* Au-dessous de cette « zone la néoplasie intradermique se présente comme un *large ruban très nettement limité*, en haut par la zone claire, en bas *par le chorion proprement dit*..... Les cellules de Malpighi sont parfaitement saines, mais entre elles on trouve par places *des amas de cellules migratrices* très distinctes qui se sont *creusées*, dans le corps muqueux, de *véritables loges*..... Je cite seulement les notes qui nous rappellent notre propre description, mais en général la concordance n'est pas très grande, parce que l'auteur croit les cellules nouvelles des cellules lymphoïdes et attache de la valeur à l'existence d'un réticulum, d'un tissu adénoïde dans la néoplasie. Donc les différences sont trop grandes pour permettre une discussion plus étendue.

Pour finir il nous reste encore le mycosis fongoïde *d'emblée*, dont je dois des préparations histologiques à M. le D[r] Henss, qui dans son service de médecin assistant à l'hôpital pour les maladies de la peau de Berne en a observé un cas. Sur un homme auparavant sain de petites taches rouges comme des roséoles apparaissaient dans différentes parties des extrémités et du tronc qui se transformaient très vite en tumeurs grosses exulcérantes multiples. Le malade succomba à la septicémie. J'ai examiné des coupes de plusieurs tumeurs et je n'ai pas

trouvé de différences histologiques entre celles-ci et les tumeurs du mycosis typique. Aussi ces tumeurs sont des granulomes composés par des cellules connectives, dont on trouve un très grand nombre en karyokinèse. Aussi ici la néoplasie ne détruit pas le tissu ancien, partout on voit entre les cellules de nouvelle formation les fibres connectives, les vaisseaux, etc. Le développement de ces tumeurs est dirigé principalement aussi au dehors, quoiqu'elles s'étendent aussi en bas. Bien qu'il ne soit pas possible de trouver des différences entre les tumeurs développées, il est encore nécessaire d'examiner leur départ, pour décider s'il y a des différences entre le mycosis avec des érythèmes prémycosiques et le mycosis d'emblée.

M. Darier. — Dans l'important travail de M. Philippson dont M. Besnier vient de nous donner lecture il y a des faits bien observés et qui ont de la valeur, mais il y a aussi des interprétations sur lesquelles je crois devoir formuler des réserves.

Dans la tache érythémateuse prémycosique qu'il a examinée l'auteur a retrouvé au sein de l'épiderme, et jusque dans la couche cornée, les logettes remplies de cellules que j'ai le premier décrites chez « l'homme rouge » présenté par M. Hallopeau au Congrès de 1889, et que Wickham a également constatées dans une biopsie faite plus tard sur le même malade. Il admet que les éléments contenus dans ces logettes sont des cellules conjonctives et qu'elles communiquent par des fentes avec le tissu des papilles ; dans ce cas il s'agirait donc d'un bourgeonnement des papilles, les bourgeons se laissant détacher et entraîner jusqu'à la couche cornée ! Cela ne me semble pas admissible ; j'ai avancé au contraire que ces logettes étaient des nids de cellules migratrices et ne suis pas convaincu que je m'étais trompé. D'ailleurs je puis avancer que l'existence de ces logettes n'est pas constante dans les lésions de ce genre, ce qui est regrettable pour le diagnostic.

Dans les papilles et dans la couche sous-papillaire des taches prémycosiques on trouve une abondante infiltration de cellules, particulièrement autour des vaisseaux. Se basant sur la présence de figures karyokinétiques au milieu de quelques-unes de ces cellules, M. Philippson les considère comme étant d'origine conjonctive ; il va plus loin, et attribuant la même nature à l'ensemble des cellules qui constituent la tumeur mycosique, il avance que les leucocytes sont rares dans ces tumeurs ! C'est là une opinion bien subversive, et qui, je tiens à le faire remarquer, ne tend à rien moins qu'à renverser la conception de Ranvier, de X. Gillot et de Demange, lesquels nous ont montré l'identité de structure des tumeurs mycosiques, de la lymphadénie cutanée, avec les lymphadénomes de la leucocythémie, et avec le tissu des ganglions.

Cette analogie de structure, une simple préparation au pinceau suffit à la rendre évidente, et décèle le réseau du tissu adénoïde, auquel il est vrai M. Philippson dénie toute valeur parce qu'il ne lui est pas démontré qu'il soit néoformé. Pourtant la présence de globules rouges libres dans le tissu connectif n'est-elle pas l'indice d'une diapédèse active ? Les nom-

breuses mitoses constatées, et il n'est pas démontré que les leucocytes ne peuvent jamais adopter ce mode de division, n'indiquent probablement qu'une chose, c'est que concurremment avec l'émigration leucocytique il existe une certaine prolifération du tissu préexistant. J'ajouterai que la connaissance de la nature lymphatique des cellules qui constituent la majeure partie des tumeurs mycosiques permet de comprendre leur résorption au cas si fréquent où une de ces tumeurs s'affaisse et disparaît en peu de temps, bien mieux que ne l'explique la dégénérescence hyaline avec oblitération des vaisseaux, laquelle n'est elle-même pas très commune en pareil cas.

Enfin l'auteur signale la présence de grosses cellules polynucléées parmi les éléments de la néoplasie au début ; peut-être ont-elles dans ce cas une signification spéciale, quoique l'auteur ne se soit pas prononcé sur ce point. Elles ont en tous cas une existence transitoire et n'ont par conséquent pas une valeur absolue pour le diagnostic histologique de ces lésions prémycosiques.

En résumé, je pense que si le travail intéressant de M. Philippson fait faire un pas à cette question si importante en pratique, il ne l'a pas résolue, et qu'il contient des données théoriques qui ne peuvent être acceptées sans plus ample informé.

M. E. Gaucher. — Le travail de M. Philippson soulève en effet une question de doctrine, et une question qui n'est pas nouvelle. Les uns avec Ranvier, Gillot, etc., admettent la *lymphadénie* cutanée, les autres à la suite de Ch. Robin pensent qu'il s'agit d'une tumeur embryo-plastique comme disait Robin, d'un sarcome globo-cellulaire, comme on dit aujourd'hui. Je suis pour ma part partisan de l'ancienne doctrine. On appelle *lymphadénie* une maladie dans laquelle les leucocytes ne sont pas augmentés dans le sang ! Mais d'une part les éléments (leucocytes ou cellules embryonnaires) se ressemblent énormément et sont bien difficiles à distinguer, et de l'autre n'est-il pas surprenant qu'on trouve autant de leucocytes autour des vaisseaux et aussi peu à leur intérieur ?

M. Brocq. — Je dois rappeler que dans un examen publié dans ces dernières années, M. A. Siredey se rattachait à la doctrine que vient d'exprimer M. Gaucher.

Figures coccidiennes dans l'épithélioma du xeroderma pigmentosum,

Par M. J. Sabrazès (de Bordeaux).

La nature et la signification des corpuscules qu'on trouve dans certaines lésions de la peau et particulièrement dans les épithéliomas est encore très controversée. Je n'ai pas la prétention de trancher la question, mais je crois qu'il n'est pas sans intérêt de trouver dans l'épithé-

liome qui constitue le terme normal de l'évolution d'un xeroderma pigmentosum des figures coccidiennes tout à fait comparables comme forme, comme netteté, comme volume et comme nombre à celles qui ont été décrites par MM. Darier et Wickham, dans la psorospermose folliculaire végétante et dans la maladie de Paget. Le xeroderma pigmentosum présente quelques analogies cliniques avec la maladie de Paget, surtout au point de vue de l'évolution, et ainsi qu'on put en juger par les préparations que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, il y a la plus grande ressemblance entre les figures coccidiennes de l'une et l'autre affection, tandis qu'il y a à ce point de vue de grandes différences entre les diverses formes d'épithéliome.

M. Darier. — J'ai pu examiner à loisir les préparations de M. Sabrazès ; il s'agit là d'un épithéliome pavimenteux lobulé sans rien de bien spécial, ce que j'avais constaté moi-même dans d'autres cas de xeroderma, un entre autres de M. Thibierge. Ici comme dans les épithéliomes en général on voit des corps arrondis à réfringence très marquée, à double contour, etc. Quelle est leur nature ? Sont-ils le résultat d'une dégénérescence cornée, colloïde ? Sont-ce des parasites, plus ou moins analogues aux coccidies ?

Les travaux les plus récents semblent démontrer que ceux qu'on trouve au centre des lobes cornés ne sont autre chose que des cellules en dégénérescence spéciale, mais d'autres sont probablement des coccidies (Soudakewitch). Dans les préparations de M. Sabrazès, ces deux variétés de corpuscules me semblent représentées.

Quarante-six examens de sperme au cours de l'orchite double,

Par MM. F. Balzer et A. Souplet.

Parmi les questions que soulève l'étude de l'orchite il en est peu de plus importantes que celle-ci : Quelle est la gravité de l'orchite double par rapport aux fonctions de la glande spermatique ? La plupart des auteurs expriment, sur ce point, une opinion nettement arrêtée, mais cette opinion est souvent une impression bien plus qu'une conclusion imposée par les faits. C'est que, pour arriver à une solution indiscutable, il faudrait d'abord pouvoir suivre les mêmes malades pendant longtemps, ce qui est difficile pour la catégorie si spéciale des blennorrhagiques, et en second lieu, réunir un grand nombre de cas, ce qui ne se peut faire qu'à l'hôpital.

Rien ne mettra mieux en relief les contradictions qui existent entre les auteurs que les citations suivantes :

Godard écrivait en 1857 : « Nous avons constaté l'absence de sper-

matozoïdes dans le liquide éjaculé par plus de 30 individus atteints d'orchite chronique double. »

Liégeois en réunissant ses cas à ceux de Gosselin et de Godard et en montrant que sur 83 cas d'épididymites blennorrhagiques, le retour des spermatozoïdes ne s'est effectué que 8 fois, conclut que l'on est « en droit de regarder l'épididymite bilatérale blennorrhagique comme étant toujours une affection des plus sérieuses au point de vue des conséquences qu'elle peut avoir sur la fécondité des sujets.

Rollet, Hill, Pajot, Bumstead, Lebert, Kehrer, Giacomini, Krecker, Jullien, Furbringer arrivent à la même opinion.

Dans 117 cas recueillis de diverses sources par W. White, 13 seulement sont notés comme ayant éprouvé quelque amélioration du fait des traitements consécutifs.

Enfin Monod et Terrillon écrivent : « On ne trouve plus de spermatozoïdes dans le produit d'éjaculation chez les malades atteints d'épididymite double. »

D'autre part, nombre d'auteurs professent une opinion diamétralement opposée. Ch. Hardy, dans sa thèse faite en 1860 sous l'inspiration de Ricord, écrit à propos de l'oblitération des 2 canaux épididymaires : « Ordinairement le rétrécissement n'est que temporaire, et après une durée variable de 2 mois à 2 ans, les malades redeviennent aptes à procréer... ; nous croyons même que la stérilité est une conséquence excessivement rare de cette inflammation. »

Cullerier, Augagneur et D. Mollière (Dictionnaire de Dechambre) sont à peu près du même avis. Campana écrit que l'aspermie cesse au bout de six mois dans un tiers des cas, au bout de plusieurs années dans un autre tiers, et enfin qu'elle reste définitive dans le troisième tiers des cas. Fournier admet que l'oblitération est « temporaire dans l'énorme majorité des cas ». Enfin dans le récent traité de Lesser, nous trouvons que pour cet auteur, « l'azoospermie est loin d'être la règle ». Furbringer dans le traité des maladies des voies urinaires qui vient d'être traduit par MM. Caussade et Hartmann, croit encore devoir réfuter l'opinion de Zeissl et d'autres auteurs contemporains non convaincus de la fréquence de l'infécondité du sperme à la suite de l'orchite. C'en est assez pour nous expliquer comment il se fait que ce sujet soit encore loin d'être épuisé.

Terrillon en 1880, écrivait dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* : « Il serait intéressant de rechercher, ainsi que l'ont fait Godard, Gosselin et Liégeois, à quelle époque et dans quelle proportion les spermatozoïdes reparaissent dans le sperme à la suite d'une épididymite double. » Nous venons de le voir, la réponse directe à ces problèmes est presque impossible pour les raisons que nous avons dites ; et d'ailleurs la question de l'*époque* est encore tellement prématurée que nous n'avons abordé que celle plus simple de

l'existence et *du retour de la spermatogenèse.* C'est dans ce but que nous avons examiné le sperme de tous les malades atteints d'orchite double, qui ont pu nous en fournir et c'est par l'exposé de ces observations que nous allons entrer en matière, sans autre prétention que d'apporter ici quelques matériaux nouveaux.

Présentés sous leur forme la plus générale, deux faits sont admis par tout le monde : 1° Par le fait d'une orchite double les spermatozoïdes peuvent disparaître; 2° Leur retour est possible. D'autre part, il faut le répéter, on ne sait rien de précis sur l'époque où ce retour peut avoir lieu, ce qui rend toute classification arbitraire. Liégeois range ses 28 malades en deux catégories. « Dans l'une, dit-il, je placerai les sujets chez lesquels la première épididymite remontait au delà d'une année, la seconde épididymite ayant pu exister à des époques variables. Dans l'autre catégorie, je placerai les sujets chez lesquels la première épididymite remontait à quelques semaines ou à quelques mois seulement. » Pour nous l'important est moins le plus ou moins de simultanéité des deux orchites que le temps écoulé depuis la dernière atteinte. En d'autres termes le point de vue auquel il nous paraît utile de nous placer c'est celui du retour de la fonction de reproduction. Mais si ce retour peut avoir lieu ce n'est qu'au bout d'un certain temps, et provisoirement on ne peut procéder que par une délimitation artificielle. C'est qu'en effet, on n'a pas modifié jusqu'ici ce que Gosselin écrivait en 1853. « La durée de l'oblitération est variable. Je suis heureux d'avoir pu démontrer qu'au bout de 3, 4, 5 et même de 8 mois elle peut disparaître et laisser libre la circulation du sperme... Je ne voudrais même pas assigner un terme au-delà duquel on ne devrait plus compter sur la guérison. » Aussi dans le simple but de chercher à apprécier les modifications qui peuvent survenir à la longue dans les voies déférentes, diviserons-nous les orchites en *récentes* et *anciennes* et par ce dernier terme nous comprenons toutes celles qui datent d'au moins *six mois.*

Nos 46 observations d'orchites doubles se divisent ainsi : orchites doubles blennorrhagiques, 43 cas ; orchites doubles non blennorrhagiques, 3 cas. Elles sont réparties dans les trois tableaux suivants :

Le premier — *orchites récentes* — comprend tous les cas où les deux orchites datent de moins de six mois. Il comporte aussi quelques faits dans lesquels le malade a présenté antérieurement soit une orchite simple, soit une orchite bilatérale ; c'est qu'à nos yeux il faut s'attacher au temps écoulé depuis la dernière orchite double non moins qu'à la multiplicité des atteintes.

Le second — *orchites anciennes* — renferme les cas d'orchite double dans lesquels la dernière épididymite en date remonte à six mois au moins.

Le troisième — *orchites de dates diverses,* — est réservé aux faits

qui ne rentrent pas dans les deux cadres précédents, c'est-à-dire à tous ceux dans lesquels une épididymite unilatérale est survenue depuis moins de six mois chez un sujet qui a présenté anciennement une première épididymite du côté opposé.

Numéros	Début de l'orchite avant l'examen du sperme		Résultat	Observations
	côté droit	côté gauche		
		A. — Orchites récentes.		
1	4 j.	5 j.	Négatif	
2	6 j.	6 j.	id.	
3	6 j.	6 j.	id.	Il y a 4 ans première orchite double.
4	5 j.	12 j.	Positif	L'épididyme est très légèrement pris à droite.
5	10 j.	10 j.	id.	Cas très bénin au point de vue inflammatoire. Spermatozoïdes abondants.
6	10 j.	7 j.	Négatif	
7	10 j.	12 j.	id.	Examen fait deux fois à deux jours d'intervalle.
8	8 j.	8 j.	id.	Chiffres minima, la date de l'examen n'étant pas précisée. 6 mois avant orchite gauche.
9	8 j.	3 j.	id.	Chiffres minima.
10	15 j.	2 j.	id.	Chiffres minima.
11	6 j.	13 j.	id.	Un mois avant orchite droite.
12	6 j.	18 j.	id.	
13	18 j.	18 j.	id.	
14	13 j.	13 j.	id.	Un mois et demi avant double atteinte à 8 jours de date.
15	15 j.	15 j.	id.	8 mois avant orchite double.
16	8 j.	21 j.	id.	Chiffres minima.
17	33 j.	6 j.	id.	
18	15 j.	34 j.	id.	Second examen fait 10 jours plus tard, même résultat.
19	25 j.	29 j.	id.	Deux ans avant orchite gauche.
20	28 j.	21 j.	id.	
21	35 j.	24 j.	id.	
22	30 j.	6 j.	id.	Chiffres minima.
23	30 j.	7 j.	id.	Chiffres minima.
24	31 j.	37 j.	id.	Second examen fait 3 jours plus tard, même résultat.
25	25 j.	3 mois 10 j.	id.	
26	28 j.	1 mois 15 j.	Positif	Spermatozoïdes assez abondants.
27	4 mois	17 j.	Négatif	
28	4 mois	18 j.	id.	
29	14 j.	24 j.	id.	Un mois et demi avant orchite gauche.
30	2 mois	4 j.	id.	Chiffres minima.
31	8 j.	3 mois	id.	Chiffres minima.
32	2 mois	10 j.	id.	Chiffres minima.

Numéros	Début de l'orchite avant l'examen du sperme		Résultat	Observations
	côté droit	côté gauche		
33	3 mois 15 j.	15 j.	id.	Chiffres minima.
34	8 j.	2 mois	id.	Chiffres minima.
		B. — Orchites anciennes.		
35	2 ans	2 ans	Positif	Spermatozoïdes pas très abondants. La double orchite a duré 3 semaines.
36	7 mois	7 mois	id.	Spermatozoïdes abondants.
37	2 ans	2 ans	Négatif	Nouvelle orchite droite depuis 5 jours.
38	3 ans	3 ans	Positif	Spermatozoïdes abondants. Est entré pour une orchite droite datant de 10 jours. L'épididyme gauche présente un noyau très net d'induration.
39	4 ans	4 ans	id.	Spermatozoïdes abondants. Entré pour une nouvelle orchit gauche datant de quelques jours. Noyau épididymaire à droite.
40	»	8 mois	id.	Ce cas est douteux. Bien qu'il existe de la vaginalite à droite et que la blennorrhagie dure depuis deux ans, le malade affirme n'avoir rien eu à droite et de plus il n'y a pas de noyau épididymaire de ce côté.
41	2 ans	2 ans	id.	Spermatozoïdes peu abondants. Nouvelle orchite gauche datant de 18 jours. L'orchite double a été consécutive aux oreillons.
42	4 ans	11 mois	id.	Les deux épididymes sont indurés. L'orchite droite était traumatique.
		C. — Orchites de dates diverses.		
43	ancienne	récente	Négatif	
44	ancienne	1 mois	id.	
45	6 ans	15 j.	id.	L'orchite gauche est très intense avec funiculite. A droite on constate un noyau épididymaire.
46	18 j.	ancienne	id.	A gauche il reste une forte induration épididymaire.

Nous ne ferons aucune remarque à propos des 4 observations du 3e tableau ; c'est, comme nous l'avons intitulé, un ensemble de faits mixtes et il serait nécessaire de pouvoir préciser les faits simples avant d'aborder des cas aussi complexes.

De la lecture du premier tableau, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Dans les orchites récentes au sens absolu du mot, la suppression des spermatozoïdes est la règle. Sur 34 cas, il n'y a que trois faits positifs, et encore les deux premiers ont-ils nécessité les réserves les plus formelles. Les observations 1, 2, 3, 6, 7, 12, 13, montrent que les spermatozoïdes peuvent disparaître très rapidement après le début de l'orchite, contrairement à l'opinion émise par Terrillon qui s'exprime ainsi : « Il semble démontré par les observations que j'ai pu recueillir que les spermatozoïdes persistent pendant un certain temps qui doit varier suivant des circonstances encore inconnues. » L'ouvrage de Monod et Terrillon reprend la même thèse sous une forme beaucoup plus nette ; ces auteurs écrivent à la page 347 : « Dans l'épididymite bilatérale les spermatozoïdes persistent au début de l'affection pendant deux ou trois semaines environ. » Nos faits sont en complet désaccord avec cette affirmation.

Sur le 8 faits rapportés dans le second tableau, 7 sont positifs. Toutefois deux observations concernent des orchites ourliennes et traumatique et une troisième est d'origine douteuse.

Il est impossible de conclure avec 5 faits seulement. Faisons remarquer toutefois que les cas n'ont pas été choisis intentionnellement puisque nous avons toujours eu pour règle d'examiner le sperme de tous les malades atteints d'orchite double qu'il nous serait donné de rencontrer (1). Aussi, sans oser conclure et en laissant à l'accumulation des faits le soin de parler un jour, opposerons-nous simplement ces deux chiffres empruntés aux deux premiers tableaux : 1° Orchites récentes blennorrhagiques, 34 cas, 3 résultats positifs ; 2° orchites anciennes blennorrhagiques, 6 cas, 5 résultats positifs.

Dans l'ensemble de nos observations, nous n'avons pas les éléments qui permettraient, ainsi que l'a cherché Liégeois, « d'établir une différence essentielle entre les épididymites blennorrhagiques de peu d'intensité, et celles d'intensité moyenne ou considérable ». Tout au plus ressort-il de nos examens, ainsi que l'a dit Curling et ainsi que Liégeois l'a admis, que la disparition du noyau de l'induration épididymaire ou sa persistance n'ont pas grande valeur comme indice du retour ou de la disparition définitive des spermatozoïdes.

En terminant ce rapide exposé, nous ne saurions mieux faire que

(1) Cette statistique d'orchites anciennes, recueillie tout entière à l'hôpital du Midi, serait relativement favorable. Mais nous devons ajouter ici que l'un de nous a recueilli *cinq* autres faits dans la clientèle de la ville. Les examens de sperme ont été pratiqués après des orchites doubles anciennes, datant de six à dix ans et plus : ces examens plusieurs fois répétés ont été toujours négatifs. La plupart de ces malades nous avaient été adressés par le professeur Fournier qui avait bien voulu nous charger de l'analyse microscopique du sperme.

de constater que bien des obscurités persistent dans le pronostic de l'orchite double. Elles ne pourront être levées que par des recherches nombreuses poursuivies avec persévérance et autant que possible sur les mêmes sujets. C'est dans les services de clinique générale, que l'état de la spermatogenèse pourrait être étudié en ce qui concerne les orchites anciennes.

Contribution au traitement de la pelade,

Par M. Ferras.

Je désire rappeler, par une simple note, combien sont meilleurs les résultats obtenus dans le traitement de la pelade lorsqu'à la médication locale, diverse, on joint les moyens généraux, tels que bains toniques, excitants et grandes douches révulsives, seulement chaudes de 40 à 42° centigrades, de 4 à 5 minutes de durée, ou, si elles sont tolérées, grandes douches écossaises avec jet froid final, ayant 8 à 10° maximum : la durée de cette dernière ne doit pas dépasser 1 à 2 minutes.

MM. Hardy, E. Besnier, Brocq, Feulard, ont recommandé dans ce sens, le régime sulfuré comme favorisant la cure de la pelade.

L'ayant appliqué depuis 1872, et assez souvent, avec succès, dans des cas depuis longtemps rebelles à des traitements locaux très énergiques, je regrette que le conseil de nos maîtres ne soit pas unanimement suivi. J'ajoute que même loin des stations sulfurées fortes, les bains sulfurés, artificiels, de grandes douches aideront puissamment les moyens pharmaceutiques, surtout si on prescrit en même temps la douche pulvérisée, très chaude, que je considère comme un moyen de premier ordre, lorsqu'elle est énergiquement appliquée, ce qui peut être fait sans inconvénient, car elle est tolérée à 40 et 42° avec des appareils dépassant une action de 2 et 3 atmosphères.

La douche pulvérisée très chaude, est en outre un moyen pratique, grâce aux nombreux appareils récemment fabriqués, pour faire disparaître les traces des agents tels que la teinture d'iode moins souvent prescrits à cause de la couleur révélatrice de la médication et de la pelade.

Syphiloïdes de l'enfance (Folliculite pseudo-syphilitique),

Par M. Bataille.

On désigne actuellement, en bloc, sous la vague dénomination d'érythèmes, une foule d'affections de la première enfance, des plus

disparates quant à leur physionomie objective, des plus mal connues quant à leur nature, et dont le siège habituel est aux fesses, à la région postérieure des cuisses et des jambes.

En raison même de ce siège, souvent ils en imposent pour des lésions syphilitiques. Déjà MM. Sevestre et Jacquet ont démontré que l'une de ces variétés d'érythèmes (la syphilide lenticulaire de Parrot) n'était rien moins que syphilitique : d'où le nom significatif de syphiloïdes post-érosives qu'ils lui ont donné.

Voici, chez l'enfant que nous avons l'honneur de présenter, un autre type d'érythème, remarquable surtout par sa diffusion générale (fesses, tête, tronc, membres) : on pourrait, comme le propose M. le professeur Fournier, l'appeler : *Folliculite pseudo-syphilitique.*

Observation. — Rom..., Valentine, la mère, est âgée de 28 ans ; mariée à 20 ans ; au bout de six semaines de mariage, accident primitif à la vulve, puis roséole et plaques muqueuses ; traitement pendant un mois.

En 1885, 13 mois après, accouche à 8 mois d'un enfant mort.

En 1886, 2e grossesse, avortement à 4 mois.

En 1887, 3e avortement à 1 mois 1/2.

En 1888, 4e à 4 mois 1/2,

En 1892, 5e grossesse, accouchement à terme d'une fille (notre malade).

Agée de 1 mois, élevée pendant 15 jours au sein, ensuite au biberon : un peu chétive, poids 3,600. Pas de ganglions aux aines ni au cou ; yeux sains, oreilles saines ; pas de coryza, rien de suspect aux lèvres, à la langue, au palais.

L'éruption, dont cette petite fille est couverte, a débuté, les premiers jours de la naissance, aux parties ano-génitales, sous forme d'une tache rouge, ressemblant à une envie, dit la mère. Aux deux pieds aussi il y avait des rougeurs, qui apparurent bientôt après aux cuisses et aux mains.

Croyant que ces rougeurs étaient dues au contact des matières et de l'urine, la mère changeait l'enfant, toutes les vingt minutes. Mais comme, malgré ses soins, aucune amélioration ne se produisait, elle vint alors consulter.

Sur tout le cuir chevelu se voient disséminées et multiples, de petites taches rosées, irrégulières de forme, qui tranchent sur la peau blanche et saine. Derrière l'oreille gauche, rougeur eczémateuse, légèrement suintante, avec croûtelles jaunâtres ; derrière l'oreille droite, mêmes lésions, moins marquées.

Sur le front et les joues petites vésicules miliaires, blanches, transparentes, nombreuses surtout autour des lèvres et sur le menton. Sur le reste de la face petites taches rosées minuscules, quelques-unes, punctiformes, d'un rouge très foncé. Toutes isolées avec intervalles de peau saine.

Sur les bras, les points rouge foncé dominent : on dirait des taches purpuriques, ils sont plus nombreux aux avant-bras qu'aux bras, entremêlés de taches rosées et de vésicules.

La paume des mains est rouge, d'une rougeur uniforme, vive, scarlatinoïde, ne s'effaçant pas complètement à la pression ; le dos des mains

et les doigts sont de couleur normale, couverts de petites vésicules, abondantes surtout aux espaces interdigitaux. L'extrémité des doigts est le siège d'une légère desquamation.

La poitrine, l'abdomen, le dos sont encore indemnes. Aux fesses, de chaque côté du sillon interfessier jusqu'au coccyx, petites érosions, les unes isolées, les autres réunies, variant, comme dimensions, d'une tête d'épingle à un pois, arrondies ou polycycliques, de couleur rose vif, entourées d'une zone érythémateuse plus claire, absolument superficielles, avec un léger suintement. Quelques-unes de ces érosions, aberrantes, en bouquet, à la région lombaire, côté droit.

Sur la partie convexe des fesses se trouve le maximum des lésions sous forme d'érosions plus profondes, d'un rouge plus foncé, un peu cuivré, plus nombreuses, de dimensions plus grandes, variant d'une lentille à une pièce de vingt centimes, presque toutes coalescentes dessinant des contours polycycliques, géographiques, avec un suintement abondant, visqueux, collant aux doigts. Entre ces érosions, la peau est rouge.

A l'anus, tous les plis rayonnés sont excoriés, entamés par des érosions microscopiques, mais profondes, irrégulières de forme, peu suintantes.

Le pont ano-vulvaire et l'extrémité inférieure des grandes lèvres présentent aussi des érosions, moins nombreuses cependant. Le reste des grandes lèvres dans leur face externe est intact ; quelques taches et vésicules isolées. Écoulement assez abondant à la vulve.

Aux membres inférieurs, la partie antérieure des cuisses et des jambes présente seulement quelques taches rosées et quelques vésicules disséminées : il n'en est pas de même à la partie postérieure où les lésions sont surtout profondes, sur le tiers supérieur. Là se voient de véritables bandes érosives, sinueuses, arborescentes, à contours frangés, d'un rouge carmin. Le pli fessier du côté droit est irrité, suintant ; le gauche est intact.

Au mollet droit, les érosions sont isolées, presque sèches, en voie de cicatrisation ; au mollet gauche, beaucoup moins nombreuses, elles sont presque complètement cicatrisées.

Aux pieds, à la plante des deux côtés, on retrouve la même rougeur vive, uniforme, scarlatinoïde qu'à la paume des mains : également une desquamation, fine au talon, mais en véritables petits lambeaux au niveau des orteils. De plus, à la face externe du talon droit, large ampoule vésiculeuse, irrégulière de forme, de 2 cent. de long, sur 1 de large, presque desséchée ; par places, l'épiderme enlevé laisse voir le derme rouge ; de même, sur la malléole externe côté gauche 3 ampoules plus petites que la précédente, et une autre large comme une lentille à la face inférieure des deux gros orteils.

Les jours suivants, l'éruption à gagné petit à petit le tronc qui s'est recouvert de taches rosées, multiples, surmontées ou non de vésicules. Dans l'intervalle, la peau desquamait finement.

M. A. Fournier. — Les faits de ce genre sont de la plus haute importance au point de vue pratique. Est-ce ou non de la syphilis ? et que faire relativement à la nourrice ? Le cas était ici particulièrement difficile, car il y a extension de la maladie à la face, au cuir chevelu, aux bras, tandis que

dans les cas décrits par Parrot, Jacquet, Sevestre il n'y avait pas de généralisation. De plus, il me paraît très difficile de dénommer convenablement ces lésions. Tous les noms auxquels j'ai songé me paraissent défectueux. Celui qui me semble le moins mauvais est *folliculite pseudo-syphilitique* Enfin, sans être une lésion *proprement* syphilitique, n'est-ce pas une lésion dérivée de la syphilis ?

M. E. Besnier. — Je n'ai jamais vu d'éruptions de ce genre chez des enfants non issus de syphilitiques. D'autre part les lésions circonscrites décrites par Sevestre et Jacquet semblent bien indemnes de l'origine spécifique. Il faudrait donc admettre deux variétés de syphiloïdes, celles des enfants d'origine syphilitique et celles des enfants d'origine saine.

M. Fournier. — Peut-on laisser à la nourrice un enfant atteint d'une éruption de ce genre ?

M. Balzer. — J'ai eu l'occasion de soigner un enfant atteint de lésions analogues que je regardais d'abord comme simplement syphiloïdes. Cependant cet enfant eut un peu plus tard du coryza et finit par succomber.

M. L. Jacquet. — Les lésions que vient de nous montrer M. Bataille sont loin d'être entièrement comparables à celles que Parrot, M. Sevestre et moi avons décrites et dont j'ai plus personnellement étudié le mécanisme. Il s'agissait en effet dans ces cas d'une éruption limitée ou peu s'en faut, aux parties postérieures du membre inférieur (fesse, cuisse et mollet) et groupées de préférence au centre de ces régions.

A son début la lésion est constituée par un fond d'érythème diffus sur lequel se voient de petites vésicules qui rapidement s'excorient laissant le derme à nu. Ce dernier bourgeonne avec une rapidité et une vigueur qui semblent en raison directe du bon état de l'enfant et ainsi avec une *très grande rapidité* se forment des pseudo-papules (syphiloïdes post-érosives. simulant absolument une syphilide papuleuse jeune, et que dans un des cas relatés dans ma thèse j'ai vus pour ainsi dire se former *sous mes yeux*t Donc dans les cas de ce genre pas d'ambiguïté possible, la lésion n'est pas syphilitique.

Mais il est important de faire remarquer que l'érythème vésiculeux peu atteindre un syphilitique aussi bien qu'un enfant sain, et par conséquent aussi la syphiloïde, que je préférerais nommer maintenant pseudo-syphilide post-érosive. Enfin je ferai remarquer que le petit malade de M. Bataille n'a pas de *papules*, la lésion en est restée chez lui au stade *érosif;* de plus elle est généralisée, ce qui, comme l'a fait remarquer M. Fournier, augmente beaucoup la difficulté.

M. Quinquaud. — Ces lésions syphiloïdes des enfants présentent des aspects très polymorphes.

Ainsi l'on voit chez eux des syphilides folliculaires qui simulent absolument ces lésions. D'autre part ils peuvent être atteints aussi d'hydroas et d'érythèmes hydroïques qui simulent de très près les syphilides. La question est donc des plus difficiles et des plus importantes au point de vue médico-légal. J'ai été aux prises plusieurs fois déjà avec ces difficultés pratiques.

M. A. Fournier. — Je dois déclarer que dans la forme circonscrite de ces éruptions, que j'appellerais volontiers forme Sevestre-Jacquet, je n'hésiterais pas à confier l'enfant à une nourrice.

M. L. Jacquet. — J'espère que M. Fournier n'aurait pas à s'en repentir, car à diverses reprises, nous l'avons fait aux Enfants-Assistés, sans accidents ultérieurs.

Note sur la pathogénie des ulcérations trophiques de la peau,

Par M. L. Jacquet.

Cette question qui a suscité un très grand nombre d'expériences renferme encore une part d'inconnu assez notable ; il serait fort à désirer pourtant qu'on soit définitivement fixé sur ce point qui touche de très près à la pathogénie des dermatoneuroses en général.

Je commencerai par exposer en quelques mots les plus importants parmi les résultats acquis antérieurement. Je donnerai ensuite le résultat de mes expériences personnelles, et je tâcherai de dégager brièvement ce qui me paraît en ressortir au sujet de la nosologie dermatologique.

I

C'est à Schrœder van der Kolk que l'on doit les premières recherches expérimentales sur l'influence du système nerveux sur la nutrition des parties périphériques. Après section de nerf sciatique chez des mammifères il obtint des lésions du membre correspondant qu'il imputa à l'absence d'action du système nerveux consécutive à la section du nerf. Mais M. Brown-Séquard qui répéta cette expérience en 1849 sur des cochons d'Inde et des lapins montra que ces troubles trophiques (tuméfaction de l'extrémité des membres, ulcérations des doigts, perte des ongles, etc.) ne se produisent que *par action traumatique sur le membre opéré.* Ainsi ceux des cobayes et des lapins qui étaient confinés dans une caisse dont le fond était recouvert d'une couche épaisse de son ne subissaient, dans leur membre lésé, aucune modification de nutrition, si ce n'est une atrophie plus ou moins prononcée (1).

Peu après, M. Brown-Séquard (1) réalisait une série d'expériences analogues en faisant porter la section sur la moelle épinière.

Je rappelle aussi en passant les recherches de Snellen et Büttner (1857) sur l'état de la cornée, après section du nerf trijumeau du

(1) Brown-Séquard. *Bull. de la Soc. biol.*, 1849, p. 136.

côté correspondant, selon que l'appareil oculaire est ou non convenablement protégé.

Tout cet ensemble d'expériences se rapporte, notez-le bien, messieurs, à des troubles trophiques survenus après une *section* nerveuse, c'est-à dire après suspension pure et simple de l'action exercée sur les tissus par l'influx nerveux, mais il est de la plus haute importance d'établir comment se comportent les tissus périphériques sous l'influence de lésions expérimentales capables de déterminer soit dans les nerfs soit dans les centres nerveux une exaltation de leurs propriétés, une *irritation*, une *inflammation* (1).

Or, ces expériences sont fort peu nombreuses et sont relatives presque exclusivement à la 5e paire et à l'appareil oculaire. Samuel, par l'irritation électrique du ganglion de Gasser obtint chez le lapin des ulcérations de la cornée ; il note que dans toutes ses expériences il y avait hyperesthésie des rameaux ophtalmiques du trijumeau, que par suite on ne saurait invoquer l'*anesthésie* pour expliquer l'apparition des troubles trophiques dans un œil non convenablement protégé. Samuel ne semble pas s'être dit que l'anesthésie n'était vraisemblablement qu'un intermédiaire facilitant des traumatismes plus multipliés et plus prolongés, mais qu'un œil même *hyperesthésié* pourrait peut-être, après protection convenable, demeurer absolument indemne.

Il était donc, je le répète, d'un grand intérêt de savoir comment se comportent les tissus périphériques après *irritation* des nerfs correspondants. Je me suis adressé pour cela au sciatique du chien et j'ai recouru comme procédé d'irritation à celui qu'ont employé MM. Arthaud et Butte dans leurs études sur le pneumogastrique, à savoir l'injection d'une solution d'huile de croton au 100e, dans le tronc du nerf.

De plus j'ai cherché à savoir quelle influence aurait sur les téguments la névrite ainsi produite suivant qu'ils seraient soumis ou soustraits aux traumatismes extérieurs. Pour ce faire j'ai procédé de la façon suivante.

Sur le chien que je vous présente les 2 sciatiques ont été mis à nu avec toutes les précautions antiseptiques voulues. Dans chacun d'eux j'ai injecté 14 gouttes de la solution huileuse de croton. Les plaies ont été suturées avec soin.

Puis le membre postérieur *droit* a été hermétiquement enveloppé avec une couche épaisse d'ouate recouverte d'un bandage roulé, et maintenu replié à l'aide d'un dispositif spécial, de telle façon que l'animal ne puisse s'en servir et soit obligé à marcher sur trois pattes, ce à quoi il s'habitue très facilement.

Au bout de quelques jours les plaies étaient réunies par première inten-

(1) Sur toute cette question cf. CHARCOT. *Maladies du système nerveux*, 1886, p. 14 et suiv.

tion et le chien après une courte période de décubitus commençait à marcher dans les conditions souhaitées ; il était évident qu'il y avait une paralysie des extenseurs, car l'animal marchait fréquemment sur la face dorsale de sa patte.

Le 3e jour je constatais de la tuméfaction avec chaleur de l'extrémité droite.

Le 5e jour exulcération circulaire de l'épiderme au talon droit — devenu plus dur, — la sensibilité paraît diminuée.

Les jours suivants début des ulcérations ; perforation de l'orteil externe permettant d'arriver à l'os ; chute des ongles, etc.

Depuis une dizaine de jours environ tendance à la réparation à la face dorsale, à l'ulcération dans les interstices digitaux plantaires.

Quant à la patte enveloppée, jamais *rien* qu'une atrophie rapide et de plus en plus marquée qui l'a rendue absolument comparable à une patte de lapin.

Je passe sur l'état comparé des muscles et des parties osseuses aux deux membres ; c'est là un point très intéressant mais qui sera exposé plus aisément après autopsie du chien.

En ce qui concerne la peau, il reste donc acquis que le traumatisme local est rigoureusement nécessaire pour que les territoires innervés par des nerfs ayant subi une irritation névritique présentent des altérations trophiques, et pour ma part je ne crois pas que l'on puisse maintenant accepter dans toute sa rigueur cette conclusion que je relève dans le bel ouvrage de M. le professeur Charcot (1) : « il faut ajouter enfin que les affections périphériques qui relèvent de l'irritation des nerfs, surviennent le plus souvent spontanément, sans l'intervention d'une cause extérieure quelconque, telle que la pression par exemple », je crois au contraire qu'il faut désormais noter avec soin quand et comment se produisent les effets trophiques des irritations nerveuses (éruptions diverses, ulcérations, etc.), et qu'on verra alors le traumatisme local jouer un rôle prépondérant dans une bonne part de ces altérations. Je vais en citer un exemple immédiat (Charcot, d'après Paget. *Loc. cit.*, p. 27).

« Chez un homme traité à Guy's Hospital, une fracture de l'extrémité inférieure du radius avait produit un cal volumineux lequel comprimait le nerf médian. En conséquence, il s'était formé sur la peau du pouce et des deux premiers doigts de la main des ulcères qui résistaient à tous les traitements. La flexion du poignet faite de manière à relâcher les parties molles de la face palmaire et à faire cesser, par suite, la compression du nerf, avait toujours pour effet, au bout de quelques jours, d'amener la guérison des ulcères. Mais aussitôt que le *malade voulait se servir de sa main*, le nerf était de nouveau comprimé, et bientôt on voyait les ulcérations reparaître. »

(1) *Loc. cit.*, p. 26.

Ne vous paraît-il pas probable désormais que l'agent de la guérison des ulcères était le repos fonctionnel des doigts, et l'agent de leurs lésions récidivantes ce fait que le malade recommençait à s'en servir et par conséquent à les traumatiser?

C'est un fait dont nous devons en grande partie la notion à M. Charcot et à M. Brown-Séquard, que les troubles de nutrition déterminés par les lésions des nerfs périphériques se trouvent représentés pour la plupart dans les cas de lésions portant sur l'axe spinal. Je n'hésite pas pour ma part à attribuer à ces derniers les mêmes conditions pathogéniques ; là encore, je crois, le traumatisme local, qui met en jeu l'autonomie vitale des tissus périphériques joue le rôle prédominant ou plutôt il faut, pour produire les lésions, l'action combinée de ces deux facteurs : *trouble de l'innervation; traumatisme local* du territoire innervé, éveillant dans les organites qui le constituent des réactions vitales désordonnées et morbides.

Ceci me sert de transition pour arriver à la dernière partie du programme que je m'étais tracé, à savoir l'examen de l'importance que peuvent avoir les recherches de mes devanciers et celle que je viens de vous exposer sur la conception nosologique d'une partie des dermatoneuroses, mais cela exigerait des développements trop étendus, et que d'ailleurs je suis actuellement hors d'état de fournir d'une façon satisfaisante.

Je vous demande seulement de vouloir bien jeter un coup d'œil d'ensemble sur la série de recherches que je poursuis depuis quelques années, à savoir la pathogénie de la *lésion cutanée* dans l'urticaire, dans quelques *dermatoses vaso-motrices* mal définies, dans le *lichen circonscrit* (en collaboration avec M. le Dr Brocq); dans le *lichen de Wilson*, enfin dans les *ulcères trophiques* que je vous présente aujourd'hui et j'espère que vous voudrez bien consentir à considérer cette série comme constituant un sérieux commencement de démonstration en faveur de la notion suivante dont vous concevrez sans peine l'importance nosologique, *à savoir que dans un certain nombre de dermatoses, la lésion cutanée est, je ne dis pas exagérée, entretenue, mais* créée *uniquement et exclusivement par un traumatisme local portant sur des régions de la peau dont l'innervation est modifiée.* Et qu'on peut entrevoir ainsi la constitution d'une famille dermatologique naturelle comprenant une série de dermatoses où la lésion élémentaire est *fonction* d'une irritation cutanée locale.

M. Quinquaud. — Dans les faits auxquels vient de faire allusion M. Jacquet, il faut tenir compte de l'action sur les tissus des microbes pathogènes dont l'introduction et la culture sont facilitées par les lésions d'origine irritative.

Note sur un cas de calvitie et de pelade généralisée,

Par M. Petrini (de Galatz).

Le malade est âgé de 38 ans, de nationalité roumaine, marié et vigneron de son état. Il a des enfants qui sont bien portants, et aucun membre de sa famille n'est atteint d'une maladie rappelant en quoi que ce soit l'affection qu'il présente.

Le malade a toujours joui d'une bonne santé ; il a été militaire, a pris part à la dernière guerre (1878) et n'a jamais cessé de faire régulièrement son service.

Il n'a pas eu la vérole, et ne présente actuellement aucune manifestation syphilitique.

Voici maintenant les renseignements que j'ai eus au sujet de la maladie qui l'a fait entrer dans mon service de l'hôpital Colentina, le 20 janvier 1891.

Il y a trois ans, il a commencé à souffrir de maux de tête très violents, av exacerbation la nuit, et surtout quand le temps était couvert et qu'il faisait humide.

Ces douleurs étaient lancinantes, plus prononcées à la région occipitale et accompagnées de bourdonnements d'oreille en même temps le malade avait comme un brouillard devant l'œil droit.

Ces accès de céphalalgie, nous dit-il, ne duraient pas plus d'une demi-heure ; puis ils recommençaient au bout de peu de jours, avec la même intensité. En même temps que ces douleurs de tête, il s'est aperçu que ses cheveux tombaient, en commençant par le vertex, sous forme de zones limitées, à bords ronds et laissant des places vides et nettes. La chute des cheveux était précédée d'une légère démangeaison. Les cheveux n'ont plus repoussé que tard, alors que la calvitie était presque complète, et ils étaient rares, blancs et un peu plus mous.

Il y a un an que le malade est resté complètement chauve.

Il y a aussi un an que ce processus morbide a commencé à s'étendre à la barbe, aux sourcils et aux moustaches. La maladie a attaqué ces différentes parties en même temps. Les cils sont également complètement tombés ; à la place de la barbe et des moustaches qui ont été épaisses et noires, ont poussé des poils blancs.

A son entrée à l'hôpital, on constate ce qui suit : le malade est de constitution forte, sa musculature est puissante, les téguments sont plutôt pâles. La tête est de forme conique, elle est recouverte çà et là de quelques poils blancs, grêles et longs. Entre ceux-ci, et aussi rares, on remarque quelques cheveux noirs, vestiges de sa chevelure normale.

Les cils sont absolument rares et courts. Les sourcils n'existent presque pas et les quelques poils qu'on remarque sont blancs. On constate la même chose pour la barbe et la moustache. Sur le devant de la poitrine également, on ne remarque aucun poil. Le malade nous dit qu'il n'avait pas beaucoup de poils sur cette région, mais même ces quelques poils sont tombés. Aux deux aisselles, il y a des poils grêles, blonds, mais peu abondants. Sur le reste du corps, le malade nous dit avoir eu aussi des

poils nombreux, par exemple sur les jambes et les cuisses. Aujourd'hui, on ne remarque sur ces régions qu'un poil çà et là. Au pubis, les poils existent normalement.

A l'examen général, voici ce que nous constatons : le pouls est petit, 74 pulsations à la minute.

Le cœur est légèrement hypertrophié. A l'auscultation, on entend un léger souffle systolique à la base. Le tracé sphygmographique nous montre un petit plateau.

Les artères radiales ne sont pas athéromateuses. Le malade se plaint de douleurs de tête et d'insomnie. Les douleurs se propagent parfois vers l'épaule et le bras du côté gauche ; cependant il n'a pas eu de véritables accès d'angine de poitrine.

Ce cas me paraît très intéressant, d'abord à cause de cette chute généralisée presque à tout le système pileux ; et puis parce que nous observons cette affection chez un malade occupé aux travaux de la campagne et qui, en sa qualité de vigneron, avait une existence tranquille.

Je pense que les douleurs de tête ont joué un rôle principal dans la calvitie totale, et l'expérience a démontré que la section de certains filets nerveux du cuir chevelu a produit une calvitie correspondante.

Dans le cas présent, on peut admettre une perturbation de l'innervation des follicules pileux, car je ne trouve pas chez mon malade une autre cause locale. Mais comment expliquer la chute des poils des autres régions qui sont loin de la tête ? Pouvons-nous jusqu'à un certain point invoquer l'athéromasie de l'aorte comme cause de la chute générale des poils ? Nous ne pouvons sûrement pas soutenir cette hypothèse, car chez d'autres malades porteurs de lésions aortiques plus prononcées et de lésions athéromateuses plus étendues nous n'avons rien observé de pareil. Le malade se porte bien, à part son affection, et ne présente à notre examen aucune autre anomalie.

De sorte que je serais tenté d'admettre une prédisposition d'origine embryonnaire, c'est-à-dire que la papille qui donne naissance au poil a pu avoir dès sa formation un vice dans son évolution, qui a fait qu'elle n'était pas destinée à une secrétion ou production pileuse de longue durée.

J'ai cru devoir communiquer ce cas parce qu'il se rencontre chez un individu menant une vie calme, et non névropathe.

Quant à la nature parasitaire de ces calvities généralisées, je ne pense pas qu'on puisse l'invoquer dans le cas qui nous préoccupe. L'examen microscopique de quelques-uns des cheveux pris sur le cuir chevelu a été négatif sur ce point.

J'ai soumis le malade à la pilocarpine en injection sous-cutanée, et, localement, aux frictions irritantes avec le liquide contenant de l'acide acétique cristallisé, préconisé par E. Besnier.

Cas de première blennorrhagie à incubation extrêmement longue,

Par M. EDVARD EHLERS (de Copenhague).

Un confrère suédois, dont je tairai le nom, parce qu'il joue dans cette histoire en même temps le rôle de médecin et de malade, vient de m'adresser la communication suivante dont je peux vous affirmer la véracité, connaissant parfaitement les qualités dudit collègue, un jeune médecin très distingué.

Le dernier coït avait eu lieu le 30 novembre 1891. Jamais de gonorrhée antérieure.

Le 22 décembre le malade sentait une cuisson dans le méat, et c'est le 28 décembre seulement qu'il a pu constater l'écoulement purulent dans lequel des gonocoques, des diplocoques intracellulaires ont été démontrés au microscope.

Le secrétaire,

L. JACQUET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1891. — PRÉSIDENCE DE M. KAPOSI.

Moulages.

M. KAPOSI signale les progrès que le Dr Hennig a réalisés dans la préparation de ses moulages. Baretta, l'auteur des remarquables moulages de l'hôpital St-Louis, tient sa méthode secrète. Hennig est aujourd'hui parvenu à obtenir une composition qui répond à tous les desiderata.

Il montre ensuite plusieurs moulages, leur perfection peut rivaliser avec ceux de Baretta au double point de vue de la reproduction fidèle de la nature et de la solidité.

M. NEUMANN dit que pour l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie les aquarelles, les peintures à l'huile et les photographies sont insuffisantes. A Paris dans le musée de l'hôpital St-Louis il existe depuis longtemps des moulages préparés par Baretta ; leur mode de préparation est resté un secret que Baretta veut emporter avec lui dans la tombe.

On a cherché à combler cette lacune avec la composition de Ritschel, mais les empreintes se rétractent avec le temps par suite de l'évaporation de l'eau. Cette composition consiste en gélatine, glycérine, zinc et cinabre ; voici le mode de préparation :

On fait détremper pendant une heure 10 parties de gélatine dans de l'eau froide, puis on la liquéfie au bain-marie, on ajoute ensuite la même quantité de glycérine, puis de l'oxyde de zinc et du cinabre suivant la coloration de la peau que l'on veut reproduire.

Les moulages de cire sont difficiles à conserver et en raison de leur fragilité on ne peut pas les faire circuler entre les mains d'un grand nombre d'auditeurs.

Aussi pour les motifs indiqués ci-dessus le Dr Hennig a-t-il cherché une autre composition et l'orateur est heureux d'annoncer qu'il a réussi à trouver un mélange qui répond à toutes les exigences, ainsi qu'en témoignent les moulages qu'il présente à la Société.

Le Dr Hennig lui a indiqué les éléments constituants de ses préparations, mais il désire provisoirement ne pas les indiquer. Son collègue Kaposi a obtenu de la direction de l'hôpital un laboratoire qui leur permettra de créer un musée de moulages.

Dermatite herpériforme.

M. Neumann présente une femme âgée de 30 ans atteinte d'une maladie de peau localisée principalement sur le tronc et caractérisée par des cercles de vésicules qui progressaient à la périphérie, guérissaient au centre et laissaient une pigmentation intense. Le début de la maladie remonte à deux mois; il y a deux ans cette femme aurait eu une affection analogue. Jusqu'à ce jour on n'a pu découvrir d'éléments parasitaires.

M. Hebra. — Il s'agit ici d'un cas de dermatite herpétiforme (Duhring). Au premier abord on aurait pu croire à un pemphigus ou à un herpès tonsurant.

M. Neumann avait, en commençant, pensé avoir affaire à un pemphigus, puis il vit survenir sous ses yeux de petites vésicules punctiformes, disposées en cercles; ce que l'on n'a jamais observé dans le pemphigus. Il crut alors à un herpès tonsurant aigu, mais il ne trouva pas de champignons. Il porta donc le diagnostic d'herpès circiné. Un point à signaler, c'est l'envahissement du tronc, tandis que ce sont en général les membres qui sont affectés. Jusqu'à ce jour l'orateur ne peut pas admettre la dermatite de Duhring, comme une maladie *sui generis*. Ce qu'on lui a montré sous ce nom était du pemphigus. D'ailleurs on trouvera peut-être encore dans ce cas des éléments parasitaires.

M. Hebra. — Au premier coup d'œil il penserait au processus morbide décrit par Duhring, lequel peut être regardé comme une espèce particulière de pemphigus; il rejette dans ce cas l'herpès tonsurant et circiné.

Pemphigus vulgaire.

M. Neumann présente un homme de 65 ans atteint de pemphigus vulgaire. Ce pemphigus est intéressant en ce qu'il est localisé seulement aux deux cuisses et sur la région abdominale.

Syphilis précoce.

M. Neumann présente un malade qui, 6 mois après l'infection et malgré une cure de frictions, est atteint de gommes de la partie rouge des lèvres et d'une périostite des os de la main gauche.

Folliculite.

M. Kaposi. — Chez un homme de 29 ans il existe sur le nez, principalement à droite, des dépressions cicatricielles, qui sont entourées de papules. Il ne s'agit pas d'un lupus érythémateux puisqu'il n'y a pas de masses séborrhéiques au-dessus des follicules. Il ne peut pas non plus être question de syphilis parce que l'infiltrat est très faible. Le diagnostic serait folliculite avec cicatrices profondes.

M. Hebra. — Ces cas sont rares et difficiles à diagnostiquer. Il se souvient d'avoir vu sur le tronc une acné nécrobostique qui était survenue d'une manière serpigineuse. On pourrait diviser ces folliculites en deux groupes principaux : 1° folliculite superficielle se terminant par gangrène ; 2° folliculité à marche profonde avec suppuration.

Injections sous-cutanées de solutions concentrées de sublimé.

M. Lukasiewicz. — Partant de cette hypothèse que de grosses quantités de sels mercuriels solubles ont une action plus énergique et n'offrent pas danger sérieux d'intoxication mercurielle en raison de l'élimination rapide des préparations solubles, l'orateur a fait des injections avec une solution de sublimé à 30/0 et plus tard à 50/0. Lassar avait recommandé des solutions de sublimé à 20/0 ; Schwimmer, de sozojodolate de mercure à 80/0. L'orateur fait toutes ses injections intramusculaires. L'urine du malade est examinée avant la première injection et systématiquement en ce qui concerne l'élimination du mercure. Lukasiewicz montre une série de malades qu'il a récemment traités d'apres cette méthode dans la clinique du professeur Kaposi, les formes légères de la syphilis ainsi que les variétés les plus rebelles (psoriasis palmaire) et graves (gommes). Déjà après une injection on observait une amélioration notable. Ordinairement dès après la première injection, au bout de trois jours, une régression appréciable de la sclérose initiale et des ganglions engorgés. Dans un cas on a employé sans succès notable contre une syphilide gommeuse huit injections de sozojodolate de mercure. Après une suspension de traitement de 15 jours on eut recours aux injections de sublimé à 5 0/0 ; après la première injection une guérison rapide commença. Dans un cas seulement il survint, après la première injection, de la stomatite et de la salivation. Jamais il n'a observé de diarrhée. La méthode est encore trop récente pour pouvoir porter un jugement sur la fréquence des récidives et autres circonstances semblables.

M. Kaposi. — Les recherchss avec le mode de traitement ci-dessus ont été entreprises avec la pensée de rendre les injections aussi rares que possible en évitant les dangers des préparations insolubles.

M. Finger. — Ces injections peuvent être un trait d'union entre les préparations mercurielles insolubles et solubles. Ces injections étant intramusculaires il se forme immédiatement un albuminate insoluble de mercure qui est résorbé graduellement par l'organisme ; par suite il attache une importance particulière à l'injection intramusculaire.

M. Lang ne veut entrer dans aucune interprétation. Il désire seulement rappeler qu'il a eu une fois l'occasion de voir une injection sous-cutanée faite par erreur avec une solution à 10 0/0 de sublimé n'entraîner pour le malade aucune complication désagréable, si ce n'est d'une tuméfaction considérable des ganglions. Il a observé un état analogue une autre fois à la suite d'une injection trop concentrée de formamide de mercure.

M. Horowitz dit que depuis 6 ans il a employé ainsi que d'autres auteurs l'injection intramusculaire de préparations mercurielles solubles, il n'y a

là rien de nouveau. Chez quelques individus on sent après beaucoup d'injections la peau et les muscles comme tannés.

Dans un cas, où en raison de récidives répétées, il avait injecté des solutions de sublimé, il survint, à la suite d'une nouvelle injection, une tuméfaction de la moitié d'une fesse. Après cette première injection pratiquée après un long intervalle il se produisit de la salivation. Horowitz pense qu'avec des injections fréquentes des quantités de mercure s'enkystent à la suite de l'inflammation développée dans le muscle et que ces dépôts peuvent d'un coup être rendus libres et résorbés par l'inflammation que provoque une nouvelle injection.

M. Hebra emploiera la méthode de Lukasiewicz, mais il croit qu'il faut être prudent dans le choix des malades. Dans un cas de syphilis hémorrhagique tout le canal de la piqûre se gangrena, bien que l'injection eût été faite suivant toutes les règles de l'art. Il faut chercher la cause de cet accident dans la maladie du système vasculaire.

M. Neumann. — La valeur du traitement tiendrait à la rareté des injections. Avec une proportion élevée on craint les affections de la muqueuse. L'année dernière il a employé un composé d'asparagine et de mercure.

Il a commencé par injecter tous les six jours une solution à 1 0/0, puis à 2 0/0. Mais il survint des selles sanguinolentes. Il serait intéressant de savoir quelle est la durée de la guérison des différentes formes et ce que seront les récidives avec des injections de solutions concentrées.

M. Ehrmann. — Dans un cas on ajouta par erreur à une solution d'albuminate de mercure une solution de sublimé à 1 0/0 puis on fit une injection avec ce mélange. Au point injecté il survint une très forte tuméfaction et de la rougeur. Ehrmann incisa immédiatement et fit des lavages avec de l'eau de chaux. Il se produit néanmoins une stomatite. La syphilide disparut au bout de peu de jours.

Séance du 28 octobre 1891.

Eczéma parasitaire.

M. Ehrmann présente un homme, qui porte sur la peau au-dessus du creux poplité gauche un infiltrat dur de 8 centim. de long sur 2 de large. Le tégument infiltré est rouge brun, recouvert de squames blanchâtres. Cette affection existe depuis 10 ans. Ce malade a été traité par différents médecins ; le mercure et la pommade de Wilkinson n'ont produit qu'une légère amélioration. S'il n'existait pas de cicatrices distinctes on aurait pu penser à un lichen ruber plan. Il ne saurait être question de syphilis et Ehrmann laisse pour le moment le diagnostic en suspens.

M. Hebra se prononce pour un eczéma mycosique et conseille la chrysarobine.

M. Neumann. — L'eczéma marginé provient d'un eczéma intertrigo ou d'un herpès tonsurant, on peut aussi le produire artificiellement en transportant des squames d'herpes tonsurant sur un eczéma ordinaire.

M. Hebra rappelle que son père a séparé l'eczéma marginé de l'eczéma vulgaire, en raison de la différence de marche. Bärensprung a appelé éry-

thrasma une maladie analogue, mais ni Hebra ni Bärensprung ne savaient à cette époque que les formes morbides séparées de l'eczéma étaient occasionnées par des champignons. Ceci fut seulement établi par Köbner et Pick qui constatèrent la présence d'éléments parasitaires. A quoi bon conserver le nom d'eczéma marginé, puisqu'il le confond avec celui d'eczéma mycosique.

Quant au développement de l'eczéma mycosique provenant d'une mycose non inflammatoire, Hebra l'a vu chez un malade atteint de pityriasis versicolore et qui s'était gratté énergiquement au pli des coudes. Les points grattés donnèrent naissance à une colonie de nouveaux éléments parasitaires et il survint dans ces régions un eczéma mycosique.

M. Lang admet depuis des années un eczéma mycosique, mais il ne croit pas qu'il procède du pityriasis versicolore.

M. Ehrmann. — Dans son cas, il s'agit bien d'une mycose, mais non d'un eczéma dans le sens habituel de ce mot, car on trouve les papilles hypertrophiées et recouvertes de squames.

M. Neumann. Pour arriver à la certitude sur la nature de la maladie dans un cas de ce genre il faut soit constater le champignon, soit pratiquer l'inoculation, on aura ainsi la preuve de la nature parasitaire non seulement de l'eczéma marginé, mais encore d'autres eczémas.

M. Hebra a fait de nombreux essais de cultures d'eczémas de ce genre et il a constaté une masse innombrable de micro-organismes.

Gangrène spontanée.

M. Hebra présente une fille atteinte de gangrène spontanée de l'avant-bras gauche. Dix mois auparavant, brûlure avec de l'eau bouillante sur une étendue de la paume de la main au tiers inférieur de l'avant-bras. Pendant qu'elle était à la clinique du professeur Kaposi, il se produisit des cicatrices qui amenèrent la rétraction des parties molles. Il y a 15 jours, sans cause appréciable, trois plaques rougeâtres apparurent sur le même avant-bras. Puis ces plaques devinrent subitement gangreneuses. Relativement à l'étiologie on pourrait peut-être se demander si, sous l'influence de la cicatrice provoquée par la brûlure, il ne se serait pas développé une névrite ascendante qui aurait déterminé la gangrène.

Pityriasis rubra pilaire.

M. Neumann présente le malade atteint de pityriasis rubra pilaire, qu'il a déjà plusieurs fois montré à la Société. Il existe toujours de nombreuses squames, il est survenu quelques papules, elles sont recouvertes d'épiderme et saignent par le grattage, comme les plaques squameuses du psoriasis. Il résulte de ces cas que le pityriasis rubra pilaire n'est pas toujours une affection bénigne, mais que parfois elle a une marche très chronique.

Tuberculose de l'urèthre.

M. Lang présente un malade atteint de tuberculose de l'urèthre tout entier, de la vessie et des vésicules séminales. Sur le gland, ulcère tuberculeux, très douloureux, en forme d'entonnoir, pénétrant dans l'urèthre de 1 cent. 1/2, avec papule tuberculeuse évidente. Avec l'endoscope on aperçoit des cicatrices et des ulcérations sur la muqueuse uréthrale.

Le même orateur montre un homme affecté de syphilis du nez, sous forme de folliculites. Nombreuses périostites.

Séance du 19 novembre 1891. — Présidence de M. Kaposi.

Rhinosclérome.

M. Lang présente un malade, âgé de 53 ans, atteint de rhinosclérome. Le processus a commencé dans l'orbite et de là s'est étendu en bas sans toutefois occasionner sur les parois nasales la dureté qui est spéciale à cette affection. Il existe une perte de substance du palais, que l'orateur considère comme une nécrose mercurielle, vu que le malade a été infecté il y a 30 ans et a suivi un traitement spécifique.

Endoscopie. — Syphilis frambœsiforme.

M. Grünfeld montre les dessins endoscopiques de ponts cicatriciels dans les rétrécissements de l'urèthre. Dans un cas, on voit au-dessus et au-dessous du cordon cicatriciel horizontal une ouverture arrondie, celle qui est au-dessus se termine dans un cul-de-sac, l'autre conduit dans le canal de l'urèthre. Dans un deuxième cas il y a un véritable pont horizontal que l'on peut soulever avec un crochet mousse.

Le même orateur présente en outre un cas de syphilis, avec papules luxuriantes sur différentes régions du corps. La prolifération est surtout extraordinaire au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

M. Kaposi. — Cette forme est très intéressante ; il a vu souvent des papules agglomérées en forme de tumeur, très difficiles à distinguer des sarcomes.

Gommes cutanées suppurées.

M. Neumann présente une femme atteinte de gommes cutanées suppurées. Cette malade, alors enceinte de 7 mois, contracta la syphilis il y a 2 ans 1/2 et ne fut traitée que localement. Au moment de son admission il existait des gommes exulcérées sur le bras droit, la surface d'extension du coude droit et sur les deux genoux. Engorgement généralisé de tous les ganglions ; principalement au niveau des deux coudes plusieurs tumeurs rénitentes, plus grosses qu'une noisette, sur lesquelles la peau n'est pas

adhérente. Selon l'orateur l'état de la peau et des ganglions serait occasionné par le même processus et très probablement il y aurait des lésions gommeuses des ganglions.

Séance du 25 novembre 1891. — Présidence de M. Kaposi.

Rhinosclérome.

M. Lang dit, à propos du malade atteint de rhinosclérome qu'il a présenté dans la précédente séance, que l'examen microscopique de fragments de peau a montré qu'il s'agissait d'un processus d'infiltration chronique. Il n'a pas trouvé de bacilles. Malgré cela il croit que c'est bien un cas de rhinosclérome et il ajoute que, chez ce malade, il y a des symptômes de compression du cerveau.

M. Kaposi. — Il n'est pas douteux que le cas de Lang ne s'éloigne en plusieurs points du tableau symptomatique ordinaire du rhinosclérome. Bien qu'on n'ait pas trouvé de bacilles il est cependant très vraisemblable qu'on a affaire à un rhinosclérome.

On sait que Kaposi a regardé d'abord le rhinosclérome comme un sarcome à cellules rondes. Ce n'est que plus tard, que, après de nombreuses recherches, on émit l'opinion que le rhinosclérome était un processus chronique d'inflammation et qu'on signala sa bénignité comparée à celle du sarcome.

Quant à cette bénignité, il ne saurait en être question d'après Kaposi, puisque le rhinosclérome résiste à tous les traitements et continue de progresser en comprimant les tissus. Kaposi rappelle une malade atteinte de rhinosclérome, citée dans la première publication qu'il a faite avec Hebra, chez laquelle, outre une tumeur ayant la dureté de l'ivoire des deux joues, une autre tumeur proliférait sur le crâne, perforait les os et pénétrait dans le cerveau après avoir traversé la dure-mère. On connaît des productions de rhinosclérome avec envahissement des cartilages et des os et il est possible qu'un phénomène analogue se passe chez ce malade.

Lichen ruber avec éruption bulleuse.

M. Kaposi présente un cas qui paraît être unique. Il y a 10 jours le malade âgé de 40 ans fut reçu à la clinique. Il avait une éruption de lichen ruber plan considérable, extrêmement caractérisée, consistant en papules ombiliquées, polygonales, brillantes comme de la cire. Bientôt après survinrent des taches rouge bleu, étendues, érythémateuses, sur lesquelles se développèrent des bulles semblables à du pemphigus. Jusqu'à ce jour il n'existe pas de fait semblable dans la science ; il s'agit de savoir si les bulles sont en connexion avec le lichen ruber, ou si dans ce cas, outre le lichen ruber, il ne s'est pas produit un autre processus morbide, le pemphigus. On sait qu'il admet que le processus inflammatoire qui détermine les papules de lichen ruber a son origine dans le corps papillaire. Dans quelques cas de lichen ruber il survient parfois une rougeur érythémateuse diffuse avec éruption de nodosités aiguës. En outre on voit quelquefois

apparaître des bulles isolées par suite de l'augmentation de l'hyperhémie. C'est là un fait que Kaposi et d'autres auteurs ont observé dans des cas semblables. Mais, dans le lichen ruber, les bulles ne se développent pas aussi rapidement ni sur d'aussi grandes surfaces, car ce malade présentait une éruption bulleuse excessivement abondante sur les membres, le tronc et la face.

M. Hebra. — Il s'agit d'un cas unique. Aujourd'hui le pemphigus cache presque complètement les lésions du lichen ruber et il lui est impossible de faire le diagnostic. Selon lui, l'éruption bulleuse ne se rattacherait pas au lichen ruber. Il a vu autre fois avec son père une femme qui avait une rougeur généralisée de la peau. F. Hebra porta le diagnostic de pityriasis rubra. Sur cette rougeur il se développa un lichen ruber plan. La rougeur n'était pas aussi circonscrite et limitée que dans le cas actuel et comme on l'observe dans le pemphigus et la dermatite herpétiforme. L'apparition des bulles dans le lichen ruber est un phénomène de régression. L'infiltrat entraîne une simple desquamation ou bien l'épiderme est soulevé sur une efflorescence de lichen et à la suite il se produit de la transsudation. Les vésicules dans le lichen ruber seraient donc semblables à la miliaire. Hebra pense, sous toutes réserves, qu'il s'agit ici de la coexistence d'un lichen ruber et d'un pemphigus.

M. Lukasiewicz. — Cet homme était venu à la consultation une semaine avant son entrée, il avait alors un lichen ruber plan généralisé. Aux plis des bras et au creux des jarrets existaient des plaques érythémateuses avec de petites vésicules. La semaine suivante son état s'aggrava. Sur les jambes l'érythème s'était notablement étendu et avait envahi l'abdomen et le dos.

M. Lang. — Le lichen ruber est une affection dont l'étiologie est obscure. Il a vu il y a peu de temps un malade atteint de psoriasis, chez lequel il était survenu une tumeur dans le testicule gauche. Pour cette raison il prescrivit à ce psoriasique, à l'exemple des médecins du Nord, des doses élevées d'iodure de potassium. La tumeur ne diminuant pas, on enleva le testicule qui était sarcomateux. Quelque temps après ce même malade eut un lichen ruber plan, à groupement zostériforme et s'étendant de la région sacrée jusqu'à la jambe. Lang pensa à un sarcome métastatique dans les vertèbres ou dans les arcs vertébraux, ce que l'on constata en effet quelques semaines plus tard à la nécropsie.

M. Neumann n'a jamais vu de cas semblable à celui présenté par Kaposi. Il a rarement observé des bulles dans le lichen ruber. Lorsque le premier, à Vienne il décrivit cette maladie sous le nom d'herpès chronique, il choisit cette dénomination justement parce qu'il se forme parfois de petites vésicules. Quand les croûtes tomberont chez ce malade on verra si au-dessous il se trouve des papules de lichen ruber. Il n'a vu qu'un cas de lichen ruber où de temps en temps survenait une rougeur érysipélateuse, et la malade mourut rapidement.

M. Ehrmann a eu l'occasion d'observer à la clinique de Neumann une femme atteinte de lichen ruber plan, chez laquelle survinrent des pustules d'ecthyma ; à leur place il se produisit des papules qui devinrent graduellement livides, s'aplatirent et se transformèrent en papules ordinaires de lichen ruber. Pas de cicatrices.

M. Kaposi tient à faire remarquer qu'à l'époque de l'apparition aiguë du lichen ruber plan il a vu des bulles du volume d'une lentille à celui d'un pois. Il ne saurait par conséquent regarder les bulles comme un signe de régression.

M. Kaposi montre un dessin de lichen ruber avec prolifération excessive de sorte qu'on croirait à un mycosis fongoïde, il le présente comme preuve que dans certains cas les autres phénomèmes, rougeur et exsudation, deviennent excessifs, de même que, dans le cas actuel et dans celui qu'il a décrit sous le nom de lichen ruber moniliforme, c'est l'infiltration qui s'accuse tout particulièrement, et par conséquent aussi il peut ainsi se produire de nombreuses et grosses bulles.

Séance du 13 janvier 1892. — Présidence de M. Kaposi.

Pseudo-paralysie syphilitique infantile.

M. Hochsinger présente un enfant âgé de 16 mois atteint de pseudo-paralysie syphilitique infantile consécutive à la syphilis héréditaire. Le membre supérieur gauche pend inerte le long du thorax, le moindre contact y détermine de vives douleurs. Les épyphyses de l'humérus et de l'avant-bras sont épaissies au niveau du coude, toutefois la peau sus-jacente n'est pas modifiée. Il s'agit d'une ostéochondrite épiphysaire hérédo-syphilitique typique de l'humérus. Il existe en même temps des dactylides multiples des première et deuxième phalanges des deuxième et troisième doigts de la main gauche et du troisième doigt de la main droite. Les phénomènes osseux sont ici les seuls symptômes de syphilis héréditaire.

Quant au diagnostic différentiel d'avec les dactylites scrofuleuses des nouveau-nés, Hochsinger établit la règle suivante : dans les affections hérédo-syphilitiques des doigts les premières phalanges sont constamment le siège principal de la maladie, d'ordinaire l'affection envahit simultanément plusieurs doigts, les deuxième et troisième phalanges sont peu à peu atteintes et toujours l'épaississement des doigts diminue d'intensité de la première à la troisième phalange, de telle sorte que le doigt malade prend la forme d'une quille. Les inflammations scrofuleuses des doigts sont rares chez les nouveau-nés, elles affectent sans régularité quelques phalanges sans suivre l'ordre indiqué pour les maladies des phalanges dans la syphilis héréditaire et constituent des épaississements régulièrement arrondis en forme de boutons. L'affection syphilitique des doigts se distingue encore de la précédente en ce que les doigts sont élargis, comme aplatis d'avant en arrière. La dactylite syphilitique des nouveau-nés ne suppure jamais, d'après les recherches d'Hochsinger, et guérit en peu de semaines avec un traitement interne par le protoiodure, ainsi que la pseudo-paralysie des os longs.

Rupia syphilitique.

M. Schiff présente un enfant de 11 mois atteint de syphilis cutanée en forme de rupia. Les lésions cutanées ont envahi le côté gauche, le front,

la région temporale droite, le cou, les régions abdominale et sacrée, les deux cuisses, etc., elles ont le caractère typique du rupia syphilitique. Coryza, voix rauque.

La mère n'a jamais eu de fausse couche ; elle a eu 11 enfants, celui-ci est le dernier. Les 8 premiers enfants seraient morts dans les premiers mois à la suite du muguet, d'aphtes ; deux enfants de 5 et 2 ans sont bien portants. Mère saine, le père serait aussi sain. Bien que l'enfant n'ait pris jusqu'à présent que du protoiodure, les phénomènes sont depuis trois semaines en régression notable.

Lichen ruber plan avec éruption bulleuse.

M. Kaposi présente de nouveau le malade qu'il a montré dans la séance du 25 novembre 1891 : lichen ruber avec érythèmes diffus et bulles semblables à du pemphigus. Ces érythèmes et bulles ont après une durée de 10 jours, depuis le 8 décembre, perdu le caractère aigu. L'orateur conclut comme la première fois qu'il s'agit non d'un pemphigus mais d'un lichen ruber intense, la marche de la maladie confirme cette opinion. Le malade se trouve tout à fait bien et ne présente plus que des points pigmentés correspondant aux papules de lichen ruber disparues, ainsi que de grandes plaques aux lieu et place des bulles.

Dans la discussion, Hebra dit que ce n'est qu'une observation de plusieurs mois qui indiquera si l'on n'avait pas affaire ici à un pemphigus ou même à une dermatite herpétiforme.

Comédons du gland et du pénis.

Lang présente un malade atteint de comédons du gland et de la peau du pénis, avec lésions cicatriformes provenant de l'atrophie des follicules.

M. Kaposi n'avait jusqu'à présent jamais vu de comédons du gland.

Herpès iris.

M. Neumann montre une fille de 25 ans, en traitement depuis septembre 1891 dans sa clinique. Sur le tronc, il existe des segments de cercle en forme de cartes géographiques confluentes, avec vésicules à la périphérie sur fond rouge clair, tandis que l'abdomen est en partie pigmenté, quelques efflorescences sont recouvertes de lamelles croûteuses. Sur la face dorsale des pieds et autour des malléoles, cercles de vésicules purulentes plus volumineuses dont la plupart sont actuellement desséchées, de sorte que l'épiderme se détache en grosses membranes. Efflorescences analogues aux genoux et aux cuisses.

L'emploi de la pommade de Wilkinson a fait disparaître toutes les efflorescences. La peau était unie, un peu pigmentée et l'état se maintint ainsi 15 jours, aussi pouvait-on espérer que la maladie était en voie de guérison. Mais le 28 décembre il survint sur les régions pigmentées une nouvelle éruption de cercles plus ou moins grands, limités par des vésicules miliaires, les uns isolés, les autres confluents ; le nombre et le volume des efflo-

rescences sont allés continuellement en augmentant, de sorte que le diagnostic d'herpès circiné est hors de doute. Reste le diagnostic de dermatite herpétiforme en faveur duquel on peut invoquer la marche chronique et la localisation, cependant d'un côté les vésicules miliaires, de l'autre la symptomatologie encore insuffisamment connue sont contraires à ce diagnostic.

Dans la discussion, Kaposi dit que, eu égard à la marche anatomopathologique, il inclinerait pour de l'herpès iris, analogue aux cas récidivants de cette affection à localisation normale.

M. Hebra est disposé à regarder ce cas comme de la dermatite herpétiforme de Duhring, M. Lang appuie cette opinion en rappelant que cette malade s'était plainte de son temps d'un vif prurit.

Pemphigus foliacé.

M. Kaposi présente un malade atteint de pemphigus foliacé de la muqueuse buccale et pemphigus végétant périanal au début, qui a été en grande partie guéri par un traitement de 5 semaines. A. Doyon.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 3 novembre 1891. — Présidence de M. Köbner.

Herpès iris.

M. Rosenthal présente un ouvrier de 42 ans. Ce malade a eu en 1879 un rhumatisme articulaire qui aurait présenté des récidives fréquentes. Au mois de février 1892, violente récidive ayant provoqué une certaine raideur de la nuque; légère ankylose de l'articulation du coude droit et de l'épaule du même côté. Depuis 9 semaines la peau est le siège d'un certain nombre d'éruptions polymorphes, consistant en petites papules lenticulaires, en partie recouvertes de vésicules; il existe en outre sur le tronc et les membres des lignes serpigineuses légèrement saillantes dont le bord interne est bleuâtre et le bord externe rouge clair. Ces lignes sont également recouvertes en partie de vésicules confluentes. Avec le temps quelques-unes de ces éruptions se sont résorbées. Mais il s'est produit aussi à plusieurs reprises de nouvelles poussées. Sur les muqueuses buccale et nasale on observe le même processus. Nombreuses érosions dans la bouche, affectant les bords des muqueuses linguale et buccale, avec opacités consécutives de l'épithélium. Comme phénomènes subjectifs : prurit intense, au point de déterminer parfois de l'insomnie, principalement dans la paume des mains et à la plante des pieds. Selon l'orateur il s'agit ici d'un érythème exsudatif multiforme, en réalité d'un herpès iris. Il appelle l'attention sur l'affection simultanée des muqueuses buccale et nasale ainsi que sur le rhumatisme antérieur, d'où la possibilité d'une étiologie com-

mune pour les deux maladies. D'après l'Ecole de Paris ce cas ressortirait au groupe de la dermatite herpétiforme, en raison de la polymorphie de l'exanthème, du prurit ; la marche de l'affection n'était pas aiguë, comme dans l'érythème multiforme, mais chronique.

Discussion. — M. Lewin. Selon lui il est douteux que l'on puisse ranger ce cas dans l'érythème multiforme ; cette dernière affection s'accompagne presque toujours de fièvre. Il a vu dans ces derniers temps plusieurs cas d'érythème multiforme avec des lésions du pharynx et du larynx ; il a presque toujours observé des maladies articulaires comme complications de l'érythème.

M. Köbner pense qu'il s'agit d'un herpès iris, malgré la longue durée et les poussées répétées. C'est une forme atypique.

M. Rosenthal est tout à fait d'avis que ce cas avait une marche atypique.

Si ces cas étaient si faciles à classer, on ne comprendait pas pourquoi Duhring et l'École française auraient établi le nouveau groupe de la dermatide herpétiforme.

Nouvel électroscope pour l'urèthre.

M. Casper présente un électroscope qui consiste en un tube de caoutchouc durci renfermant une lampe Edison à laquelle est adapté un entonnoir. Dans ce même tube se trouvent une lentille double et un prisme qui projette la lumière directement en avant. Cet électroscope a pour l'urèthre les avantages suivants : lumière claire, bonne ; instrument d'un emploi commode permettant d'opérer pendant l'éclairage ; il permet de reconnaître toute espèce de lésions. Comme batterie l'orateur emploie huit éléments : zinc, charbon, acide chromique ; mais six éléments peuvent suffire.

L'uréthroscopie de la partie postérieure effraie Casper à cause de la vulnérabilité très grande de l'urèthre.

De l'action de l'acide osmique sur la peau normale.

M. Ledermann confirme une partie des résultats obtenus par Unna dans l'eczéma séborrhéique, lesquels consistent en ce qu'après le traitement par l'acide osmique de fragments de peau excisés, on a trouvé un grand nombre de granulations noires dans l'épithélium du derme, les voies lymphatiques, les glandes sudoripares et leurs canaux. Dans ces derniers on ne rencontrait pas de granulations, dans le derme très peu, dans les glandes sudoripares un peu plus.

Partant de ce principe que ces corpuscules se trouvent dans la peau normale, Ledermann a excisé des fragments de peau, depuis celle de fœtus âgés de quelques mois jusqu'à celle de l'homme d'un âge avancé ; dans toutes les préparations les corpuscules étaient visibles. Bien que ces préparations eussent toutes les réactions de la graisse traitée par l'acide osmique, elles ne se coloraient cependant pas par la solution de Flemming. L'orateur a réussi à prouver que c'est la présence de l'acide chromique dans cette solution qui empêche la coloration. Si ces granulations colorées

par l'acide osmique sont vraiment de la graisse, on ne saurait affirmer qu'elles ne proviennent pas des glandes sébacées, puisqu'elles se trouvent aussi dans les régions dépourvues de glandes de ce genre, à la paume des mains et à la plante des pieds. Un point important à signaler c'est que ces granulations noires correspondent au siège habituel du pigment dans l'épithélium.

Il est donc permis de supposer que le pigment, directement ou indirectement, est impliqué dans la coloration, attendu qu'il renferme une substance analogue à de la graisse. Le rapport entre le pigment et la graisse a été démontré par Krukenberg et Liebreich. Mais Ledermann voudrait provisoirement se borner à la proposition suivante, que l'épiderme humain normal contient dans ses couches profondes une couche que l'acide osmique peut réduire. C'est l'essence de girofle qui conserve le mieux la coloration dans les coupes microscopiques.

Discussion. — M. Lewin a examiné de grandes quantités de pigment. Relativement aux fentes lymphatiques d'Unna il est arrivé à d'autres conclusions. L'eau oxygénée blanchit le pigment, il serait donc important de faire des recherches avec ce corps.

M. Heller confirme les résultats obtenus par Ledermann. Il a observé dans les cartilages de l'oreille de fœtus de bœuf les mêmes granulations noires, après traitement avec l'acide osmique. Les préparations datent déjà de quatre ans et les granulations n'ont subi aucun changement depuis cette époque. Il a employé l'eau oxygénée, malgré cela leur coloration persiste, aussi croit-il qu'il ne s'agit ni de pigment ni de graisse.

M. Rosenthal a examiné avec soin les préparations de Ledermann, les granulations noires existent dans toutes les coupes, elles sont plus ou moins nombreuses suivant l'âge de l'animal. Selon lui, ces granulations ne sont pas formées par du pigment, il s'agit bien plutôt d'un corps analogue à de la graisse.

Séance du 3 décembre 1891. — Présidence de M. Rosenthal.

Balanite diabétique.

M. Rosenthal présente un malade âgé de 70 ans, atteint de balanite occasionnée par un diabète mellitus. Dans ce cas. il est survenu un phimosis presque complet à la suite d'une infiltration du gland et de l'orifice uréthral, déterminée par un œdème chronique considérable.

M. Lewin confirme le diagnostic de Rosenthal. Chez les femmes tout particulièrement il regarde s'il existe un œdème circonscrit autour de l'orifice uréthral, et recherche ensuite s'il y a du sucre dans l'urine.

M. Hoffmann a vu un grand nombre de cas de diabète chez des femmes atteintes de prurit intense sans autre cause appréciable. Dans ces cas c'est par un traitement rationnel du diabète qu'il faut combattre le prurit.

Maladie de Ménière.

M. Lewin présente un garçon de 19 ans, qui offre les symptômes de la maladie de Ménière. Ce jeune homme a été infecté en décembre 1890, et, en janvier 1891, il fit une cure de frictions de 24 jours. En mai, affection du cou, en juillet, élancements dans le côté droit et catarrhe; en août hémoptysie. Le catarrhe existe encore aujourd'hui.

Depuis le milieu d'octobre, céphalée et vertiges, le malade est tombé plusieurs fois mais sans perdre connaissance ; bruit persistant, comme de l'eau en ébullition, dans l'oreille droite. Il marche en chancelant et les jambes écartées. Il n'entend la voix chuchotée que difficilement à 50 centim. avec l'oreille droite, mais bien avec l'oreille gauche. Le conduit osseux est détruit à droite.

En examinant l'œil on trouve du côté droit un pouls veineux faible, ainsi qu'un point clair de la papille correspondant à l'excavation physiologique, plusieurs pigmentations sur la macula. Pas de troubles de la motilité ni de la seusibilité. Réflexes rotuliens normaux.

Dans la fosse sus-claviculaire droite, matité et râles. Plusieurs exostoses sur les tibias. Alopécie. A-t-on affaire ou non à une maladie de Ménière ? Selon Lewin il existerait également dans ce cas une affection du cervelet et les symptômes actuels proviendraient d'une maladie simultanée des canaux semi-circulaires.

M. Lassar, demande s'il n'est pas extraordinaire de voir des phénomènes périphériques se produire de si bonne heure.

M. Lewin. — Ce cas rentre dans la syphilis galopante ainsi que le cas suivant.

Syphilis du lobe moyen du cervelet.

M. Lewin présente un homme âgée de 23 ans (le père est mort de délirium tremens) qui, à l'âge de 5 et de 6 ans a eu des convulsions. Il a contracté la syphilis en février 1891, on fit l'opération du phimosis ; en juin violente céphalée, vertiges à la suite desquels le malade tomba souvent sans perdre connaissance ; troubles de la vue, parfois diplopie. Marche oscillante et incertaine, troubles de la parole. Le malade marche la partie supérieure du corps fléchie en avant et en traînant la pointe des pieds ; signe de Rhomberg très prononcé. Réflexes rotuliens un peu exagérés, la parole résonne comme si la langue se mouvait difficilement, on a jusqu'à présent désigné ces troubles comme de l'aphasie ataxique. Lewin préférerait désigner cet état sous le nom de langue choréique. Mouvements choréiques des bras. Réaction et réflexe lumineux rapide. Pupille gauche plus dilatée que la droite. Pas de trouble de la sensibilité. Incontinence d'urine plus ou moins prononcée pendant la nuit.

En raison des oscillations du corps, de l'hésitation de la marche, du signe de Rhomberg et du tremblement très accusé de la langue, l'orateur pense qu'il s'agit d'une maladie du lobe moyen du cervelet.

M. Saalfeld demande si l'on a constaté sur les cordes vocales des troubles analogues d'incoordination.

M. Lewin n'est pas en mesure de répondre actuellement à cette question.

M. Heller voudrait désigner les troubles de la parole sous le nom de parole scandée, selon lui tout ce tableau morbide, surtout avec l'exagération des réflexes, rappelle la sclérose multiple du cerveau et de la moelle.

De l'action de l'acide osmique sur la peau normale.

M. Heller, à l'occasion d'un travail sur l'histogénèse des fibres élastiques, a constamment trouvé les granulations spéciales signalées par Ledermann dans la peau fœtale de l'oreille de l'embryon du bœuf. Elles étaient situées, chez de jeunes fœtus, dans la zone entre le chorion et l'épiderme. S'il s'agissait de pigment, elles devraient se trouver aussi dans les coupes non traitées par l'acide osmique.

Contrairement à ce qu'a dit Ledermann, ses coupes se sont très bien conservées depuis 5 ans dans le xylol et le baume du Canada. A l'encontre de l'opinion de ceux qui pensent qu'il s'agit de pigment, il signale la persistance des granulations dans le traitement par l'eau oxygénée ainsi que leur localisation et l'époque de leur apparition. Chez les fœtus qu'il a examinés, on ne saurait admettre un développement si considérable de pigment dans l'épiderme. En outre, Ledermann a trouvé les granulations dans les régions riches en glandes sébacées et a pu les suivre jusque dans leur intérieur. L'objection que l'alcool, l'éther et le chloroforme dont on se sert pour les préparations devraient faire disparaître complètement la graisse n'est pas soutenable, attendu que l'acide osmique pourrait avoir changé chimiquement la surface de telle façon que l'action de ces agents ne se produisait plus ; les corpuscules gras du lait ne se dissolvent qu'après la destruction des enveloppes de caséine par les alcalis caustiques. Mais si les corpuscules sont de la graisse, les conclusions qu'on pourrait tirer relativement à un rapport entre la graisse, la réaction osmique et le pigment ne sont pas admissibles.

M. Lewin dit que l'éther et l'alcool n'enlèvent pas toute la graisse et que pour arriver à ce résultat elle doit rester très longtemps en présence de ces réactifs.

Syphilis.

M. Lewin parle d'un jeune homme qui avait contracté la syphilis par l'index et chez lequel les ganglions axillaires étaient engorgés mais non les ganglions cubitaux. Dans les tatouages au voisinage de la main on trouve aussi le pigment non dans les ganglions cubitaux mais dans ceux du creux axillaire. Ceci tient à ce que les vaisseaux superficiels se rendent directement dans les ganglions axillaires, tandis que les vaisseaux profonds s'ouvrent dans les ganglions cubitaux.

Purpura.

M. Lewin a vu chez un jeune collègue l'abus des asperges donner lieu à du purpura sur le front, les paupières, etc. Après la cessation de cette alimentation les plaques de purpura disparurent pour revenir lorsque ce jeune homme mangea de nouveau des asperges.

Séance du 5 janvier 1892. — Présidence de M. Lassar.

Eléphantiasis.

M. Lassar présente une femme de 27 ans atteinte d'éléphantiasis depuis sa plus tendre enfance. Il s'étend de la pointe des pieds jusqu'aux genoux, il s'est développé sur des granulations lupiques.

Syphilide tubéro-ulcéreuse.

M. Rosenthal présente un homme de 40 ans, antécédents incertains. Sa maladie remonterait à environ trois ans. Il est marié depuis 9 ans ; sa femme n'a jamais eu de grossesse. Ce malade était atteint d'une syphilis tubéro-ulcéreuse qui avait envahi tout le corps, de la face, — où il y avait de nombreux groupes nodulaires, — jusqu'aux jambes. Cinq injections d'oxyde jaune de mercure ont amené une notable améloration. Ce qui rend ce cas intéressant c'est une leucodermie généralisée qui, sous forme de nombreuses taches blanches, s'étend sur une base à pigmentation foncée à la face, à la nuque, au dos, à l'abdomen, aux cuisses, au scrotum et au pénis. Les taches ont avec le vitiligo une grande analogie. Comme les symptômes se rapportent à un homme atteint de syphilis tertiaire de la peau, non encore traitée, et maçon de son état, et par suite très exposé à l'action de l'air extérieur, Rosenthal croit qu'il s'agit d'une leucodermie spécifique. Il admet qu'il y a dans ce cas des troubles profonds de nutrition de toute la peau ; contrairement à l'opinion récemment émise par Ehrmann il ne pense pas que la leucodermie ne survienne que dans les points atteints auparavant de syphilis. Il fait encore remarquer que chez son malade la face est également affectée de leucodermie, ce que Ehrmann n'avait pas encore observé.

Discussion. — M. Lassar demande à l'orateur s'il a rencontré déjà une symétrie aussi typique que celle qui existe chez ce malade.

M. Rosenthal dit qu'il y a une certaine symétrie dans tous les cas de leucodermie, elle existe habituellement sur les deux côtés du cou, mais dans ce cas on ne trouve pas de symétrie. Il s'agit de foyers isolés plus ou moins étendus, distribués d'une façon absolument asymétrique sur le corps.

En général, on admet que la leucodermie apparaît entre 6 mois et 2 ans après l'infection. Ce malade n'ayant pas été traité il est facile de comprendre que, au bout de deux ans, il y ait déjà des destructions étendues de la peau et que la leucodermie, quant elle a pris une semblable extension, persiste plus longtemps que de coutume.

M. Ledermann demande sur quels caractères diagnostiques différentiels l'orateur s'appuie pour exclure le vitiligo idiopathique, car rien n'indique d'une façon certaine que l'affection dépende de la syphilis.

M. Isaac regarderait, lui aussi, ce cas comme un vitiligo. A l'appui de son opinion, il signale la grande étendue des plaques et la pigmentation foncée de la peau au voisinage des taches. Si Rosenthal admet que la leucodermie syphilitique survient dans des régions où auparavant il n'y avait pas eu d'éruptions syphilitique, il faudrait cependant que dans ces points il y ait eu antérieurement un processus pathologique.

M. Rosenthal croit qu'il s'agit d'un cas de leucodermie caractéristique. L'accumulation du pigment au voisinage des plaques blanches existe dans le vitiligo ainsi que dans la leucodermie. C'est une erreur de croire, comme l'a dit Isaac, qu'il a dû y avoir auparavant un processus pathologique.

Destruction du chancre infectant.

M. Lassar recommande pour détruire l'affection primaire, au lieu de l'excision, le galvano-cautère avec l'emploi d'une solution de cocaïne à 10 0/0. Cette méthode permet de détruire radicalement les foyers les moins apparents du début ainsi que les chancres mous. L'antisepsie ultérieure est inutile.

M. Heller fait remarquer que la méthode proposée par Lassar peut entraîner des cicatrices profondes et des difformités.

Nouveaux remèdes.

M. Rosenthal. — Le dermatol a dans certains cas d'ulcère de jambe une action extrêmement favorable et calmante, diminue la sécrétion, détermine une réaction dans tout le tissu et amène la cicatrisation dans un laps de temps relativement court; dans d'autres, on ne peut l'employer en raison de la grande sensibilité et il existe par suite un certain antagonisme entre le dermatol et l'iodoforme. Parfois ce dernier médicament n'est pas supporté, et le dermatol agit très bien, et vice versâ. Dans le chancre mou l'action du dermatol est trop lente, il y a renoncé. Rosenthal le recommande au contraire en grande quantité dans les scléroses ulcérées où il sert presque comme moyen de diagnostic différentiel. Il a traité en même temps trois cas de circoncision, dont deux occasionnés par des chancres mous et le troisième par une sclérose volumineuse suppurée. Dans les deux premiers cas on détruisit avec le Paquelin toutes les ulcérations. On pansa l'une avec l'iodoforme, l'autre avec le dermatol; dans les deux on ne réussit pas à préserver les bords récents de la plaie d'une nouvelle infection. Dans le troisième cas traité avec le dermatol la plaie fut guérie par première intention.

Dans le traitement des bubons, après l'enlèvement des parties malades, il place 2 à 3 points de suture provisoires et par-dessus un pansement iodoformé compressif. Lorsque le tissu de granulation a commencé il passe alors au traitement par le dermatol.

Rosenthal a obtenu de très bons résultats de l'europhène dans le traitement du chancre simple, bien que son action ne soit pas comparable à celle de l'iodoforme. Par contre il n'a aucune odeur. Dans l'ulcère des jambes il n'y a pas lieu de l'employer ; dans les ulcérations syphilitiques du pharynx et dans le lupus exulcérant de la face son action est la même que celle de l'aristol. Il recommande encore très énergiquement l'europhène combiné avec la photoxyline. Ni le dermatol ni l'europhène ne sont à même de supplanter l'iodoforme, mais ils peuvent restreindre l'emploi de ce dernier médicament.

En terminant, Rosenthal s'occupe du gallacotophénone qui, d'après Rekowski, possède une puissance de réduction moindre que le pyrogallol ; il a employé contre le psoriasis une pommade à 10 0/0, son action est la même que celle de l'aristol.

Traitement local du chancre syphilitique.

M. Saalfeld recommande contre les scléroses ulcérées un mélange à parties égales de calomel et d'aristol.

Il a en outre employé dans ces derniers temps contre les bubons le mode de traitement, indiqué par Blaschko : application d'emplâtre mercuriel et cataplasmes de gruau d'avoine. Même dans des cas où il y avait déjà de la fluctuation il a observé une résorption complète du bubon.

Syphilis.

M. Rosenthal traite dans ce moment un médecin qui a contracté la syphilis par la main et chez lequel il n'y a pas d'engorgement des ganglions cubitaux, mais seulement des ganglions axillaires.

A. Doyon.

THÉRAPEUTIQUE

Dermatol. — Weismueller. Das Dermatol in der Praxis. (Ein Fall von Vergiftung durch dasselbe.) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, p. 1201.

L'auteur a employé le dermatol dans sept cas d'ulcère de jambe et dans aucun il n'a pu constater d'amélioration évidente.

Chez une femme atteinte depuis plusieurs années d'un ulcère du pied gauche, il prescrivit 15 gr. de dermatol dont il saupoudra la surface ulcérée qui était assez étendue.

Trois jours après il trouva la malade au lit, la plaie étant devenue très sensible ; de plus : température à 39°, céphalalgie, lassitude dans tous les membres, inappétence et enfin éruption généralisée avec prurit et sensation de brûlure. Au niveau du pied bulles remplies de sérosité et dont la dimension variait de celle d'une lentille à celle d'une pièce de 50 cent. La cessation du dermatol fut suivie de la disparition de tous les symptômes ci-dessus.

D'après ces observations Weismüller est d'avis que le dermatol ne peut sous aucun rapport remplacer l'iodoforme. Quant à l'action antibactérienne du dermatol, elle est bien inférieure à celle de l'iodoforme. Employé sous forme de poudre ce dernier a une action siccative au moins égale, sinon supérieure à celle du dermatol.

L'auteur recommande pour l'ulcère de jambe la poudre suivante :

Acide salicylique.	5 gr.
— borique.	3 gr.
Oxyde de zinc.	2 gr.
Amidon.	ââ 20 gr.
Talc	

Si les plaies sont sèches, la pommade d'iodoforme. A. Doyon.

Euphorine. — G. Peroni e R. Bovero. Della euforina in alcuni dermatosi communi e nelle manifestazioni ulcerate veneree e sifili-

tiche (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, juin 1891, p. 305).

L'euphorine ou phénylurétane peut être employée sous la forme de poudre fine ou de solution alcoolique de 10 à 50 0/0 ou en pommades à base de lanoline ou d'axonge à la dose de 10 à 20 0/0, ou encore de savons surgras. Elle est insoluble dans l'eau.

Cette substance donne de très bons résultats. Elle est de beaucoup préférable à l'iodoforme, à l'acide salicylique, à l'iodol et aux divers autres antiseptiques pulvérulents employés dans le traitement des ulcérations vénériennes.

L'euphorine supprime presque complètement la suppuration des lésions sur lesquelles elle est appliquée, elle fait cesser très rapidement l'odeur désagréable caractéristique de quelques lésions vénériennes et syphilitiques; les ulcérations se détergent, se recouvrent de granulations, prennent une coloration moins rouge qu'avec l'iodoforme et ne sont le siège d'aucune douleur; lorsqu'il y a une sécrétion purulente abondante, elle devient uniquement séreuse. Les granulations qui se produisent sur la surface ulcérée sont de dimensions égales et la cicatrice qui leur succède est bien plus unie qu'avec tous les autres moyens de traitement. L'euphorine empêche le virus de l'ulcération vénérienne de se propager aux ganglions inguinaux : sur 53 cas de chancres simples traités avec cette substance, les auteurs n'ont pas observé une seule fois d'adénite inguinale suppurée.

Outre son action antiseptique, l'euphorine possède une action analgésique qui est utile dans les ulcères vénériens, dans les ulcérations et les papules exulcérées rhagadiformes de l'anus, les brûlures, l'herpès zoster. Cette action analgésique n'est pas très considérable, mais suffisante pour ne pas nécessiter l'emploi d'autres analgésiques dans ces diverses affections.

Les auteurs citent un certain nombre de cas de balanite, de chancre simple, de chancre syphilitique, de plaques muqueuses ulcérées, de gommes, ainsi que des cas de zona, d'eczéma, de tuberculose cutanée, de brûlures, dans lesquels ils ont obtenu de bons résultats avec l'euphorine.

Georges Thibierge.

Tuménol. — Neisser. Ueber das Tumenol und seine Verwandbarkeit bei Hautkrankheiten, d'après une communication faite au Congrès de la Société allemande de dermatologie à Leipzig en septembre 1891. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1891, p. 1238).

Tandis que l'ichtyol paraît être un mélange d'hydrocarbures associés à un corps azoté et à un composé soufré analogue au tiophène, — on donne à ce mélange la formule brute $C^{22} H^{3} S$ en négligeant le corps azoté, — le tuménol paraît être plus simplement un mélange d'hydrocarbures sans azote cette fois et avec une trace de composé soufré et de corps oxygénés, probablement analogues aux phénols.

Sans aucun doute ces hydrocarbures, d'après le mode d'oxygénation soit de l'ichtyol, soit du tuménol, doivent être constitués par des corps de la série saturée forménique que l'on trouve abondante dans les pétroles, et

sans aucun doute par des corps en chaîne fermée comme ceux de la série aromatique. Cette dernière hypothèse est justifiée par la formation de dérivés sulfonés soit aux dépens de l'ichtyol, soit aux dépens du tuménol, dont les combinaisons sodiques sont précisément employées en thérapeutique.

Dans ce tuménol (du commerce) il y a deux corps : le tuménol sulfonique, de consistance huileuse (huile de tuménol) et l'acide tuménol sulfonique (poudre de tuménol).

L'acide tuménol sulfonique est soluble dans l'eau ; le tuménol sulfonique ne l'est pas.

D'après les remarques de Neisser, le tuménol serait un excellent médicament contre certaines dermatoses. Il agit comme siccatif, il favorise la cicatrisation tout particulièrement dans les eczémas humides, les érosions, les excoriations superficielles. Il a une influence très calmante sur le prurit non seulement dans l'eczéma, mais encore dans le prurigo et le prurit cutané.

Le tuménol n'a pas d'action irritante sur la peau ; il n'est pas toxique. Neisser a pu administrer à l'intérieur des doses assez considérables de tuménol sans provoquer ni troubles, ni modifications quelconques.

Dans l'eczéma sec, squameux, l'auteur a employé avec succès des badigeonnages avec la teinture suivante :

Huile de tuménol.	5 gr.
Ether sulfurique.	ââ 15 gr.
Esprit de vin rectifié.	
Eau distillée ou glycérine..	

La pâte de tuménol, addition de zinc et de bismuth, lui a donné de très bons résultats dans les eczémas humides. Il en a été de même dans l'impétigo contagieux, dans le pemphigus, les érosions superficielles.

Voici la formule qu'il conseille :

Tuménol.		2 gr. 5 à 5 gr.
Fleurs de zinc.	ââ	2 gr.
Bismuth.		
Onguent émollient	ââ	25 gr.
— simple.		

Les emplâtres de savon (salicylé) et de tuménol sont mieux supportés par les surfaces encore humides. que les emplâtres simples.

On peut encore avoir recours à des applications de compresses trempées dans une solution aqueuse de 2 à 5 p. 100 de tuménol (acide sulfonique), elles donnent d'excellents résultats dans les eczémas à récidives aiguës (des mains, de la face, des jambes).

Cette préparation a l'avantage sur la liqueur d'acétate d'alumine, de ne pas produire la macération de la peau, mais de former une pellicule protectrice, — elle atténue aussi notablement le prurit. A. Doyon.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

TRAVAUX ORIGINAUX



SUR UNE
AFFECTION PARASITAIRE DU PIED NON ENCORE DÉCRITE
(VARIÉTÉ DE PIED DE MADURA ?)

par

Gemy, chargé du cours complémentaire de clinique dermatologique à l'École de médecine d'Alger.

et

H. Vincent, médecin aide-major de 1re classe, attaché au laboratoire de bactériologie de l'hôpital du Dey (Alger).

(*Avec une planche hors texte en phototypie.*)

Sous le nom de PIED DE MADURA, on a décrit une maladie qui, se manifestant par de petites tumeurs, paraît ne se développer que sur les pieds bien que, au dire des auteurs, elle puisse se montrer sur les mains et sur d'autres régions.

C'est surtout l'Inde, où on l'a observée, qui paraît être son domaine exclusif. Cependant DUHRING (Traduction de Barthélemy et Colson, p. 589), rapporte l'observation d'un cas dû au Dr Kemper (1) qui se serait développé en Amérique.

Nous ignorons si on a signalé son existence en Europe et en Afrique.

Deux malades, entrés depuis 15 mois dans le service de la clinique dermato-syphiligraphique de l'hôpital civil d'Alger, nous ayant présenté une tumeur du pied offrant, avec cette maladie, de nombreux points de ressemblance, nous adressons une première communication à la Société française de dermatalogie, sur un de ces malades, nous réservant de la compléter dans un travail ultérieur qui aura le second malade pour sujet.

Nous donnons d'abord la partie clinique de cette observation. Nous la faisons suivre des recherches bactériologiques dont elle a été l'objet ; enfin nous l'accompagnons de quelques brefs commentaires.

I

OBSERVATION. — Le nommé Ahmed ben Ali, journalier, âgé de 40 ans

(1) Également cité dans l'article *Pied de Madura*, de *l'Encyclopédie internationale de chirurgie*, 3e vol., p. 19.

environ, né au Maroc, entre à l'hôpital civil, dans le service de dermatologie, le 2 janvier 1891.

Après un séjour d'une dizaine d'années en Tunisie, il est venu dans le département d'Alger et a travaillé pendant 8 ou 10 ans dans diverses localités, mais surtout en Kabylie.

Un mois environ avant de quitter la Tunisie, une petite tumeur, de la dimension d'un pois, s'est développée à la plante du pied droit à l'union du talon et de la voûte plantaire. Le malade ne peut pas déterminer à quelle occasion cette tumeur s'est produite. Il ne se rappelle pas avoir été blessé ou piqué en ce point. Faisons toutefois remarquer que, comme tous les indigènes, il travaillait habituellement nu-pieds.

Bientôt de nouvelles tumeurs apparurent aux environs de la première. Lorsqu'elles avaient acquis un certain développement, elles devenaient fluctuantes et en les faisant éclater en les comprimant avec les doigts, il en exprimait un liquide séreux, légèrement sanguinolent, tenant en suspension des petits corps grisâtres, granuleux, absolument semblables à ceux que nous avons obtenus en excisant quelques-unes de ces petites tumeurs qui se sont produites depuis l'entrée du malade à l'hôpital.

Une fois leur contenu expulsé, elles s'affaissaient, se flétrissaient, leur enveloppe s'exfoliait, laissant une cicatrice un peu pigmentée et déprimée. Puis de nouvelles tumeurs apparaissaient, évoluaient de même avec la plus grande lenteur, ne se vidant jamais spontanément.

Depuis ce moment, et à longs intervalles, des tumeurs semblables se sont développées sur toute la plante du pied, jusqu'aux articulations métatarso-phalangiennes ainsi que sur les parties latérales. Il n'y en a jamais eu sur la face dorsale.

En même temps le pied, dans tout son ensemble, extrémité inférieure de la jambe, os du tarse et du métatarse, ligaments, etc., augmentait de volume,

Ces petites tumeurs, qui pendant de longues années, quoique gênantes et sensibles, n'avaient pas empêché le malade de gagner sa vie devinrent, à un moment, assez douloureuses pour lui interdire tout travail.

C'est alors qu'il est entré à l'hôpital le 2 janvier 1891.

État actuel. — La face plantaire, le talon jusqu'à l'insertion du tendon d'Achille, les parties latérales du pied ainsi que les malléoles, présentent un certain nombre de tumeurs, une quarantaine, de la dimension d'un pois à un pois chiche. Elles sont isolées, quelques-unes cependant sont cohérentes. Elles présentent dans leur ensemble, les divers degrés de leur évolution : les unes sont dures, les autres offrent un certain degré de mollesse ; d'autres enfin sont nettement fluctuantes.

Elles sont d'une couleur d'un rouge sombre qui va, chez quelques-unes jusqu'au rouge vineux.

Mais ce qui, cliniquement, les caractérise surtout, c'est une exquise sensibilité. L'attouchement est très douloureux et lorsqu'on les presse même très légèrement, le malade retire vivement le pied.

Les surfaces non occupées par les tumeurs, quoique participant à l'hypertrophie générale, sont absolument indolores.

Tout le pied, ainsi qu'il vient d'être dit, est atteint d'une hypertrophie

qui comprend les malléoles, les os du tarse et du métatarse, les ligaments, les tendons, mais qui épargne les orteils. La peau est normale et présente seulement des veines superficielles volumineuses qui dessinent un réseau à larges mailles.

Un phénomène curieux à noter c'est que dès que la jambe est exposée à l'air le pied, mais le pied seulement, devient le siège d'une hyperidrose considérable.

Tous ces détails peuvent être suivis, à la loupe, sur les photographies qui accompagnent cette note et qui représentent le pied malade sous trois poses différentes : la face plantaire et les deux faces latérales. (Voir la planche.)

On y remarquera les tumeurs aux divers degrès de leur évolution, la coalescence de quelques-unes, les cicatrices laissées par celles qui ont disparu et enfin l'hyperidrose.

Le malade n'accuse aucun antécédent pathologique. Il n'a pas eu la syphilis et l'examen le plus attentif n'en fait découvrir aucun stigmate.

Tous les organes sont sains ; les réflexes sont normaux. A part la douleur provoquée que ressent le malade au niveau des tumeurs, la sensibilité, dans tous ses modes, n'offre rien de particulier. Pas d'albumine, pas de sucre. Les ganglions inguinaux sont également parfaitement sains.

Une des tumeurs incisée donne issue à un peu de sérosité louche tenant en suspension quelques corpuscules grisâtres dont il sera question tout à l'heure.

Cette tumeur paraît constituée, comme une véritable bulle, par l'épiderme épaissi de la région formant le plafond et la couche papillaire le plancher. Du reste ce sont bien des bulles car une fois vidées de leur contenu, leurs parois s'affaissent et s'exfolient laissant une cicatrice pigmentée, légèrement déprimée ainsi que les photographies permettent de le constater, alors que la tumeur se reproduirait *in situ* si elle était constituée par une membrane isolante.

Au point de vue fonctionnel, cette affection est sérieuse et grave. Le malade en effet ne marche qu'avec la plus grande difficulté et en s'aidant d'un bâton car la pression de la plante du pied, siège des tumeurs, sur le sol est excessivement douloureuse.

Les muscles de la jambe droite sont manifestement atrophiés. La mensuration à sa partie moyenne donnant 27 centimètres alors que celle de la jambe gauche en donne 32.

Diverses mensurations du pied malade donnent les dimensions suivantes :

1° La ligne passant par le talon et se croisant en avant au-dessous des malléoles. donne 34 centimètres. Cette même ligne, sur le pied sain, donne 30 centimètres.

2° La ligne passant par la partie moyenne du pied et se croisant au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne, donne, pour le pied malade, 31 centimètres et 26 seulement pour l'autre pied.

Tout le temps qu'il est resté hors de l'hôpital, le malade n'a suivi aucun traitement.

Depuis son entrée l'épreuve par l'iodure de potassium à haute dose a été

faite sans résultat et le traitement, en outre de quelques tumeurs excisées et dont nous parlerons plus loin, a consisté en applications de pommades de diverses natures, pour calmer les douleurs.

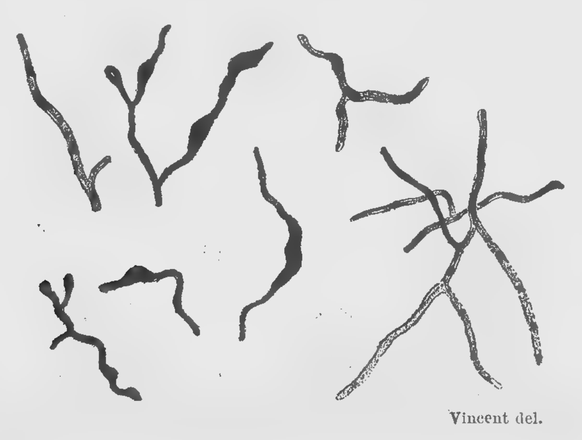


Fig. 1. — Diverses formes du parasite vu à un fort grossissement.

L'état général a toujours été excellent et nous n'avons eu, de ce chef, aucun incident à noter.

II

Étude bactériologique. — Les recherches bactériologiques nous permettent d'affirmer l'origine parasitaire de l'affection qui vient d'être décrite. On a vu que l'incision des tubercules ramollis donne issue à un liquide sanguinolent renfermant de petits grumeaux grisâtres, d'apparence caséeuse. L'examen microscopique et l'ensemencement de la portion liquide restent toujours négatifs. Mais lorsqu'on recueille un des petits grains, qu'on en écrase une parcelle entre deux lamelles et, qu'après fixation par le mélange d'alcool absolu et d'éther, on colore par la méthode de Löffler ou par celle de Gram, on voit, au microscope, que ces grumeaux ne sont autre chose que des zooglées bactériennes très denses. Elles sont constituées par un enchevêtrement de filaments grêles, formant des buissons touffus dont on ne peut bien souvent distinguer la texture qu'au niveau de la périphérie.

Tandis que le centre est, en effet, uniformément teinté en bleu, les contours présentent au contraire une infinité de bâtonnets dirigés en divers sens, et dont la plupart émettent des rameaux latéraux.

A un fort grossissement (Oc. 3, Obj. 1/16. Vér.) le microbe se montre nettement constitué par des filaments parfois très longs, mesurant environ 0μ,2 à 0μ,3 d'épaisseur. Ces bâtonnets sont ramifiés, sans segmentation régulière dans leur continuité et semblent devoir se

rattacher par leurs caractères morphologiques au genre *Cladothrix* (1).

La coloration par le procédé de Gram-Weigert est la plus favorable. On constate, par cette technique de coloration, que le protoplasma bacillaire est condensé en certains points, raréfié ou nul en certains autres, ce qui donne au microbe l'apparence d'un chapelet de cocci irrégulièrement espacés. Les intervalles clairs sont cependant réunis aux précédents par deux lignes très fines qui limitent les contours du filament.

L'extrémité des rameaux est parfois renflée en boutons; cependant ces renflements se rencontrent plus souvent encore dans la continuité du bacille.

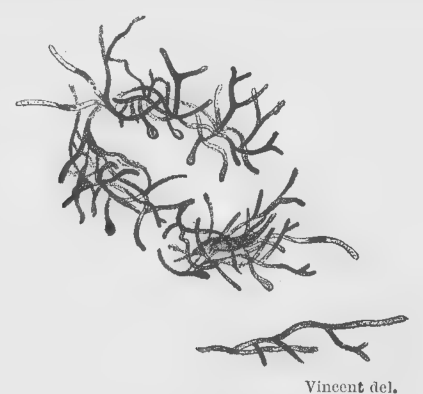


FIG. 2. — Fragment de grain jaunâtre contenu dans la sérosité.

Le cladothrix se cultive, mais avec beaucoup de lenteur, dans le bouillon de bœuf peptonisé : on n'observe un commencement de multiplication qu'au bout de 8 à 10 jours. Après un mois, le microbe forme de très petites colonies indépendantes arrondies, grisâtres ou brunâtres, du volume d'une tête d'épingle, et qui restent au fond du tube de culture ou adhèrent aux parois du tube. Le bouillon reste clair mais brunit légèrement.

Les passages successifs dans le bouillon n'ont pas augmenté ses facultés de végétation dans ce milieu.

La gélatine, la gélose, le lait, le bouillon peptonisé et très dilué, le bouillon sans peptone, le liquide de Cohn, l'eau albumineuse, ne conviennent que peu ou point au développement du microbe.

Il se multiplie au contraire relativement bien sur la pomme de terre et y forme, au bout d'un mois, quand il est ensemencé en colonies

(1) Un récent mémoire de MM. Sauvageau et Radais (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 av. 1892) tend à établir que les deux genres Cladothrix et Streptothrix appartiendraient non aux Bactériacées mais aux Mucédinées et doivent être réunis dans le genre commun *Oospora*, de Walroth. Si ce point de biologie végétale est vérifié, le parasite que nous décrivons ici comme un Cladothrix, bien qu'il ait des ramifications vraies (Winter, Zopf) doit être considéré comme un champignon du genre *Oospora*.

rares, des éminences mamelonnées semblables à des végétations mûriformes dont quelques-unes présentent des taches rouges ou orangées.

Parmi les nombreux milieux de culture, qui ont été essayés, il n'en est qu'un qui nous ait permis de cultiver le cladothrix d'une façon rapide et luxuriante : c'est l'infusion stérilisée de foin à raison de 20 grammes de foin pour un litre d'eau. Le microbe s'y développe sous forme d'innombrables flocons et la culture a atteint son développement presque complet en une semaine. Lorsqu'on prélève alors une parcelle de cette culture et qu'on l'étale à la surface de la pomme de terre il se développe, sur ce dernier milieu, une épaisse agglomération de très petites colonies grenues, blanchâtres, quelques-unes cependant rosées et qui n'atteignent pas des dimensions aussi grandes que lorsque ce microbe ensemencé, en rares colonies, sur la pomme de terre peut s'y développer librement.

L'optimum de température est 37°.

Le cobaye, le rat blanc, inoculés sous la peau ou dans la péritoine sont réfractaires à ce microbe.

L'injection intraveineuse pratiquée dans les veines d'un lapin n'a rien amené après deux mois. Un lapin, inoculé sous la peau du flanc présente au contraire deux petits nodules du volume d'un pois chiche, non adhérents : l'affection progresse avec une extrême lenteur.

Les divers caractères morphologiques et les réactions de culture du microbe que nous avons isolé dans l'affection précédemment décrite permettent de le différencier des autres variétés de Cladothrix telles que le microbe du farcin du bœuf (Streptothrix de Nocard, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888), et surtout l'actinomyces avec lesquels il présente quelques ressemblances.

Tandis que le microbe du farcin du bœuf est inoculable au cobaye, le cladothrix décrit ci-dessus ne l'est pas. Ce dernier forme, dans le pus, des îlots beaucoup plus compacts. De plus, notre microbe se développe très facilement dans le bouillon de foin alors qu'il féconde à peine les milieux de culture habituels. C'est l'inverse pour le microbe du farcin du bœuf. Enfin les caractères des cultures sur pomme de terre de l'un et l'autre organisme ne présentent aucune analogie.

Les dissemblances qui séparent le cladothrix isolé chez notre malade du microbe de l'actinomycose sont encore plus grandes. Nous n'insisterons pas sur la marche clinique très différente qu'affecte chez l'homme, le développement de l'un et de l'autre parasite. L'actinomycose provoque, en effet, des collections suppurées ou d'apparence fongueuse à tendance envahissante, avec formation d'abcès, de fistules, nullement comparables au gonflement très lent, sans processus suppuratif, qui est l'une des caractéristiques de la maladie que nous étudions. La différence est tout aussi accusée en ce qui concerne les caractères biologiques des deux microbes. Nous les résumons brièvement.

L'actinomyces se développe très facilement dans le bouillon de

bœuf peptonisé, sous forme de boules blanchâtres, floconneuses, légères, pouvant atteindre le volume d'un petit pois. Il pousse au contraire à peine dans le bouillon de foin.

A l'inverse du précédent, notre cladothrix se développe très mal dans le bouillon de bœuf ordinaire où il forme à la longue de petits grumeaux bruns du volume d'une tête d'épingle ; la culture dans le bouillon de foin, est au contraire abondante et rapide.

L'actinomyces forme, sur la gélatine, des colonies blanchâtres qui la creusent et la liquéfient. Notre organisme ne s'y cultive pas.

Sur la pomme de terre, l'actinomyces se multiplie sous forme de colonies larges, saillantes, extensives, de couleur jaune, cerclées d'une bordure noire, et présentant un aspect assez semblable à celui de l'excrément d'une poule. Lorsqu'on ensemence au contraire, une ou deux zooglées du cladothrix que nous avons décrit, à la surface de la pomme de terre, la culture n'a pas de tendance à s'étendre. Chaque colonie se développe sur place, devient uniforme, mamelonnée, et, au bout d'un mois, elle offre des taches roses ou rouges poudrées de points blancs. Lorsqu'on dissocie avec le fil de platine une de ces colonies, on voit que sa consistance est très dure et que la culture est blanc jaunâtre dans son épaisseur. La culture d'actinomyces sur pomme de terre est au contraire bien moins consistante, friable, et de couleur noire sous la surface jaune qui la recouvre.

III

Si, maintenant, nous comparons notre observation à la description que donne le Dr Roux, dans son *Traité pratique des maladies des pays chauds* (t. III, page 353) du *pied de Madura*, nous relevons un certain nombre de ressemblances cliniques.

Ainsi le siège est le même; même début par la plante des pieds et envahissement ultérieur des parties latérales et du dos du pied. Jusqu'à présent le dos du pied de notre malade est indemne. Dans la description de Roux, la petite tumeur est une bulle. Dans notre cas la lésion élémentaire est également une bulle dont les parois empruntent leur épaisseur à celle des tissus de la région. Même contenu séreux tenant en suspension des corpuscules grisâtres dont la nature incontestablement parasitaire a pu être parfaitement déterminée dans notre observation alors qu'elle est indécise dans la description classique. Disparition des petites tumeurs et formation de nouvelles « s'accompagnant des mêmes phénomènes ». Tuméfaction limitée au pied; douleur très vive au siège des petits tumeurs; coloration généralement normale de la peau. État général très longtemps excellent. Durée très longue, atrophie du mollet (Encyclopédie internationale de chirurgie, t. III, page 18).

Envisagée ainsi, nous pourrions intituler notre observation : *Pied de Madura.*

Mais à côté de toutes ces analogies il nous faut noter quelques dissemblances, signalées déjà tout à l'heure et dont l'une surtout est capitale. C'est que dans le *pied de Madura* ces petites tumeurs sont l'aboutissant de trajets fistuleux entretenus par une altération et une désorganisation des os.

Or, le pied de notre malade, jusqu'à présent, ne présente rien de semblable. Les petites tumeurs contiennent bien des corpuscules grisâtres, mais pas de grains noirs.

C'est pour cela que nous nous sommes tenus sur la réserve et que nous avons cru devoir étiqueter notre observation : *affection parasitaire du pied, non encore décrite*. Il est très probable cependant que nous sommes en présence d'une variété, au moins, de la *maladie dite de Madura*.

En somme, depuis 14 mois que ce malade est à l'hôpital, l'état local ne s'est pas modifié. Le pied n'a pas augmenté de volume mais n'a pas diminué non plus. Le nombre des petites tumeurs est toujours à peu près la même, les unes disparaissant soit par simple affaissement, soit par éclatement provoqué (car il n'y a jamais eu d'ouverture spontanée), d'autres apparaissant à côté.

Cette affection procède donc avec la plus grande lenteur puisqu'elle a mis une dizaine d'années à acquérir le volume actuel qui n'a subi aucune modification depuis que ce malade est soumis à notre observation. C'est de plus une maladie parasitaire essentiellement locale, rien ne faisant supposer une tendance à la généralisation.

Quelle conduite devons-nous tenir dans ce cas, qui, croyons-nous, n'a pas encore eu d'analogue dans la littérature médicale ?

Il ne saurait être question de traitement général puisque tous les phénomènes morbides sont jusqu'à ce jour nettement localisés.

Nous avons, aussi bien dans un but thérapeutique que pour les recherches bactériologiques, excisé quelques-unes de ces tumeurs. La cicatrisation était rapide. Mais, quelques mois après une nouvelle tumeur remplaçait, à côté, celle qui avait été enlevée. Ce moyen n'est donc pas pratique.

Les cautérisations, sous tous les procédés connus, ne donneraient probablement pas de meilleurs résultats puisqu'on ne pourrait agir que sur les petites tumeurs isolément alors que toutes les parties constituantes du pied semblent participer à la maladie.

Reste l'amputation. Malheureusement, cette solution qui nous paraît la plus rationnelle, n'est pas envisagée comme telle par le malade.

Il nous faudra donc attendre que les douleurs deviennent assez intolérables pour que le malade réclame lui-même l'amputation qu'il refuse aujourd'hui.

Si cette solution intervient, il nous sera alors possible de compléter cette observation en permettant de faire l'anatomie pathologique de cette tumeur forcément incomplète actuellement.

L'ÉRYTHÈME NOUEUX PEUT-IL ÊTRE CONTAGIEUX?

Par le Dr **M. Lannois**,

Professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

L'érythème noueux ne passe pas pour être contagieux.

On sait en effet que sur cette question tant débattue, trois opinions différentes ont cours. Les uns ne font de l'érythème polymorphe, y compris l'érythème noueux ou papulo-noueux, qu'une manifestation du rhumatisme. Les autres regardent l'affection comme une maladie essentielle, une variété de fièvre éruptive, infectieuse, pouvant s'accompagner de pseudo-rhumatisme et se compliquer d'endocardite, de pleurésie, etc. La troisième opinion est éclectique et a surtout été défendue à Lyon, notamment lors de la discussion de la *Société des sciences médicales* (1882) où, à propos d'un mémoire présenté par B. Teissier, M. Aubert a pu dire : « Des faits observés il résulte qu'il existe probablement deux formes d'érythèmes papuleux, l'une spéciale, infectieuse, à rapprocher du pemphigus aigu fébrile;..... l'autre déjà classée, d'origine rhumatismale, coïncidant du reste avec une poussée de rhumatisme articulaire aigu ».

Il va sans dire que les partisans de l'étiologie rhumatismale ne se sont préoccupés ni de l'épidémicité, ni de la contagion. Lewin qui admet, comme on sait, une sorte d'angio-névrose dans laquelle les agents infectieux joueraient un rôle important, admet l'épidémicité. Il se base surtout pour cela sur la plus grande fréquence de l'érythème polymorphe dans les saisons pluvieuses, à l'automne et au printemps. Il invoque aussi l'opinion de Gall qui, en 1857, observa en Bosnie une véritable épidémie qui frappa d'abord les gens faibles, puis les personnes vigoureuses ; mais comme d'autre part il confond l'érythème de Hebra avec l'acrodynie, on ne peut guère attacher d'importance à la relation de Gall. Quant aux autres auteurs qu'on trouve cités comme ayant rapporté des épidémies, par exemple Œhme et Kühn, il est facile de se convaincre, en se reportant à leur texte, qu'ils ont simplement répété les assertions de Lewin.

Quant à la contagiosité, elle a été moins étudiée encore et nous ne voyons guère à signaler qu'une tentative du Dr Fabre, de Commentry, qui essaya sans succès d'inoculer à un lapin du pus recueilli sur une malade atteinte d'érythème polymorphe.

L'érythème noueux n'étant pas une affection rare, et les auteurs

qui s'en sont occupés étant fort nombreux, la question paraît donc jugée. Malgré cela, je crois devoir publier quatre cas que j'ai observés récemment à l'hôpital de la Croix-Rousse, et qui se distinguent par cette particularité, en l'espèce assez importante, que, trois d'entre eux sont des cas intérieurs, développés dans une salle d'hôpital, après l'entrée du premier.

Je donnerai d'abord brièvement les observations :

Observation I. — *Rhumatisme articulaire aigu* (3e *atteinte*). *Erythème noueux pour la* 2e *fois.* — C..., Jeanne, âgée de 30 ans, domestique, entre le 24 décembre 1891 à la salle Ste-Clotilde, no 28. Elle appartient à une nombreuse famille où il y eut 18 enfants et où il en reste encore 7 bien portants ; le père et la mère vivent encore et ne sont pas rhumatisants.

Personnellement, elle a une très bonne santé. Elle a été réglée à 10 ans, et les menstrues ont toujours été régulières et abondantes. Elle est venue de Bretagne à Lyon, il y a six ans, et dès les premiers mois de son séjour dans cette ville, elle eut un rhumatisme articulaire aigu qui la retint plusieurs semaines au lit ou à la chambre, mais qui n'a pas été plus intense cependant que la poussée actuelle.

Au mois de mai 1891, une nouvelle atteinte : cette fois, la malade dit avoir eu des rougeurs comme celles qu'elle présente aujourd'hui. Elle a pu continuer son travail, n'ayant des douleurs que dans les genoux.

Il y a environ quinze jours qu'a débuté l'attaque actuelle. La malade commença à souffrir au niveau des deux mollets et s'aperçut de la présence de trois ou quatre plaques indurées. Les jours suivants, les nodosités s'étendirent autour des genoux et sur les cuisses. Ce n'est qu'au bout de dix jours, c'est-à-dire quatre jours avant son entrée, que la légère gêne des articulations tibio-tarsiennes devint une douleur véritable avec empâtement. Depuis avant-hier, les genoux sont également douloureux.

Actuellement la malade présente sur les jambes, les genoux et les deux tiers des cuisses (surtout sur la face externe) une éruption typique d'érythème noueux : les plaques les plus anciennes au niveau des mollets ont une teinte noirâtre, toutes les autres sont d'un rouge vif. Elles sont en général assez larges.

Il y a de l'œdème périmalléolaire très marqué, rouge et douloureux : les mouvements sont impossibles. Les deux genoux sont également envahis, mais à un degré bien moindre.

Il n'y a aux membres inférieurs ni manifestations cutanées ni douleurs articulaires.

La langue est sale, saburrale ; constipation légère. La malade a un peu de fièvre, 39°,6.

Au cœur, les bruits sont un peu sourds et le premier bruit est un peu soufflant à la pointe. Il n'y a rien dans la plèvre ni dans les poumons. Urines non albumineuses. On donne 3 gr. de salol.

L'évolution de l'affection n'a rien présenté de particulier chez cette malade : dès le lendemain, la température tombe à 39°,5 et 38°,8 ; le 26, à 38°,9 et 38°,6 ; le 27, à 39° et 37°,8 ; le 28, à 38°,2 et 37°,6. A partir de ce moment, elle reste au-dessous de 38°, et bientôt même au-dessous de 37°,5.

Le type inverse a été très net, mais il était dû, sans aucun doute, au salol. Les douleurs articulaires ont suivi une marche décroissante, sauf une légère exacerbation, le 29 décembre. L'éruption a suivi la marche classique décroissante, et le jour où l'on cesse de prendre des notes sur la malade, le 9 janvier, elle a presque complètement disparu et n'est plus marquée par places que par une légère desquamation épidermique de forme circulaire.

Observation II. — *Fièvre typhoïde traitée par les bains froids. Guérison. Érythème noueux survenu pendant la convalescence.* — A..., Françoise, guimpière, âgée de 19 ans, est entrée le 15 novembre 1891 à la salle Ste-Clotilde, n° 16, pour une fièvre typhoïde dont le début remonte au 2 novembre. Soignée par les bains froids, elle présente un certain degré d'excitabilité nerveuse, mais elle n'a d'autre complication qu'une otite moyenne et est considérée comme absolument guérie dès le 5 décembre.

Elle s'occupe dans la salle et a été en contact avec la première malade, mais pas d'une manière spéciale.

Le 29 décembre, on trouve la malade dans son lit et elle se plaint d'avoir, depuis deux jours, du malaise général, de la faiblesse des jambes et des douleurs dans les genoux et dans les coudes. Elle présente une éruption manifeste d'érythème noueux sur les deux genoux et sur les coudes avec quelques nouures sur la face postérieure de l'avant-bras gauche. Toutes ces plaques sont un peu petites et ne dépassent pas la largeur d'une pièce de cinquante centimes : l'éruption a commencé le 27 et ne s'est montrée qu'hier sur les bras.

La malade n'a que 38°,1 ; la langue est un peu blanche, pas de constipation. Pas d'albumine. Rien au cœur ni aux poumons.

Je n'ai revu la malade que le 2 janvier ; malgré 3 gr. d'antipyrine donnés dès le 29, la fièvre a progressé, 38°,4 et 38°,5 le 31 ; 39° et 38°,2 le 1er janvier. Ce matin, elle a 39°. L'éruption est devenue plus abondante aux jambes et surtout aux avant-bras où elle est absolument confluente sur les faces externes et postérieures. C'est une surface presque uniformément rouge, avec des nodosités qu'on sent bien au toucher. Il y a de la douleur à la pression. On continue chez cette malade l'antipyrine à la dose de 5 gr. pour la comparer aux autres qui prennent du salol. Il faut faire remarquer ci qu'elle ne prenait aucun médicament depuis longtemps, lorsque l'éruption est survenue.

On note, le 6 janvier, que les nouures ont suivi les transformations habituelles et ont beaucoup diminué. La fièvre a diminué irrégulièrement, mais n'a plus atteint 39° ; aujourd'hui, elle est à 38°. Toujours rien dans les urines.

Le 10 janvier, la malade n'a plus de fièvre, l'éruption a presque disparu ; sur la face externe des tibias et sur les avant-bras, il y a encore quelques nouures presque effacées, dont la périphérie desquame.

Elle sort le 15 janvier, sans avoir eu de nouvelle poussée.

Observation III. — *Rétrécissement mitral. — Erythème noueux apparu dans la salle.* — F..., Marie, 40 ans, dévideuse, est atteinte de rétrécissement

mitral depuis de nombreuses années sans avoir jamais présenté d'attaques de rhumatisme articulaire. Elle dit seulement que depuis l'âge de 28 ans, ses chevilles devenaient douloureuses et enflaient. Elle a fait de nombreux séjours dans les deux services de femmes de la Croix-Rousse et est entrée à Ste-Clotilde, n° 4, le 17 novembre, dans un état d'asystolie assez grave. Elle allait beaucoup mieux et ne présentait plus qu'un peu de dyspnée lorsque la première malade entra dans la salle et fut placée dans un lit juste en face du sien. Elle n'avait d'autre médicament que de la digitale de temps à autre. Le 31 décembre, la malade se plaint d'avoir depuis la veille des douleurs dans les deux genoux, au niveau desquels on constate sur les deux rotules, une plaque d'un rouge vif, indurée, assez nettement arrondie. Rougeur diffuse au niveau du tiers supérieur du tibia droit.

Le 3 janvier, douleurs dans les coudes, les poignets, les articulations des doigts de la main droite, les articulations tibio-tarsiennes, les genoux étant encore douloureux. Les plaques des genoux persistent ; éruption manifeste d'érythème noueux sur le tibia droit et sur la face postéro-interne de l'avant-bras droit.

Le 4 janvier, l'éruption existante a pâli et les articulations ne sont plus douloureuses (on a donné hier 3 grammes de salicylate de soude), sauf aux genoux qui sont toujours gonflés et douloureux à la pression. Mais il y a deux petites nodosités à la partie moyenne de la région antéro-externe de la jambe gauche, une grosse plaque d'un rouge vif à la partie interne du coude gauche et trois nodosités rondes le long de la face interne de l'avant-bras. La température prise hier soir pour la première fois était de 38°,6 et elle ne s'élève qu'à 38° ce matin. D'ailleurs pas de phénomènes généraux bien marqués. L'urine contient un léger disque d'albumine, mais cela arrive souvent chez la malade. Quelques râles sous-crépitants du côté gauche à la base, reste d'une congestion pulmonaire qu'elle avait eu (avec 39°,6 et des crachats striés de sang) dix jours avant l'éruption.

Le 6 janvier, rougeur diffuse de tout l'avant-bras droit sauf à la face antérieure ; rougeur au niveau de la saignée, rien aux épaules. Toutes les plaques sont douloureuses spontanément et à la pression. Malgré la continuité de l'éruption, la température est à 37°,5.

Le 12 janvier, l'éruption a beaucoup pâli.

Le 15 janvier, desquamation nette au niveau des genoux et des coudes dont les plaques sont violacées. Toutefois on note des nodosités nouvelles, une au-dessus du genou gauche, une sur l'avant-bras gauche et une autre, du même côté, sur le 5e métacarpien près du petit doigt.

Le malade sort le 22 janvier : desquamation sur les genoux, les coudes, la face postérieure des avant-bras par plaques isolées. Une petite nodosité a encore fait son apparition, il y a trois jours, sur la face interne du coude gauche.

Observation IV. — *Névropathie. Aphonie nerveuse. Erythème noueux apparu dans la salle.* — D..., Marie, âgée de 26 ans, est entrée à la salle Ste-Clotilde, lit n° 11, le 4 décembre 1891. Elle a fait un nourrissage pendant 16 mois, et bien qu'il soit terminé depuis plus de quatre mois, elle a encore du lait en abondance, ce qui la gêne beaucoup. Elle est très nerveuse, très fantasque, mais n'a jamais eu de véritables crises hystériques.

Elle a été prise subitement d'enrouement et d'aphonie. M. Garel constate l'absence de laryngite et une paralysie des cordes qui a d'ailleurs cédé sans cause aussi rapidement qu'elle était venue, après quelques jours de séjour dans le service.

Le 2 janvier, la malade (qui ne prend pas d'autre médicament que de l'atropine à la dose de 1/2 milligramme par jour) se plaint d'avoir depuis le 31 décembre une éruption qu'il est facile de reconnaître immédiatement pour de l'érythème noueux.

L'éruption a débuté au niveau des chevilles qui sont devenues douloureuses et le sont encore ce matin ainsi que le genou droit. L'éruption est très abondante et se compose de plaques rouges, légèrement saillantes qui causent des démangeaisons et portent des traces de grattage. Quelques-unes sont très petites, la plupart sont larges comme une pièce de cinquante centimes, les plus grandes ne dépassent pas une pièce de deux francs. C'est une véritable éruption papulo-noueuse.

Les plaques très nombreuses au niveau des jambes vont en diminuant aux cuisses et remontent jusqu'au niveau des trochanters. Aux bras, même éruption, mais plus discrète, avec prédominance à gauche. De ce côté, on trouve une plaque plus volumineuse sur la face externe du poignet ; la face palmaire de la main est nettement tuméfiée et la malade ne peut fléchir facilement les doigts. Une rougeur violacée, diffuse, occupe la plus grande partie de la paume de la main.

La malade a également des douleurs sous la plante des pieds où il existe en effet, sous la voûte six ou sept petites nouures qu'on voit difficilement, mais qu'on sent assez bien. Elle ne peut poser les pieds à terre.

Dans le dos, au pourtour d'un ancien vésicatoire, petites papules qui la font souffrir.

La malade est maussade, plus irritable que de coutume. Langue blanche, fièvre modérée (38°,4 et 39°,9). Pas d'albumine dans l'urine. 3 gr. de salol et eau phéniquée légère pour laver la peau. Suppression de l'atropine.

Le 4 janvier, le même état persiste, mais il y a de plus une plaque sur la partie moyenne de la mâchoire inférieure, à gauche, qui paraît bien être une nouure. La température reste modérée (38°,3 et 38°,6).

Pour ne pas allonger inutilement cette observation, disons seulement que l'affection suivit une marche régulièrement décroissante jusqu'au 15 janvier, jour où on constata une nouvelle poussée des plus nettes. La température avait oscillé pendant plusieurs jours, de 37°,8 ou 38° à 39° et 39°,3, puis était redevenue normale. La courbe montre une ascension nouvelle à 38°,7, le 14 au soir. Cette nouvelle poussée évolua comme la première, mais un peu plus rapidement et avec un peu moins de température. Celle-ci, en effet, ne dépasse pas 38°,7 le soir, et retombe à 37°,3 le matin.

Le 23, on note qu'il y a encore deux petites nodosités nouvelles sur la première phalange du médius et de l'index gauche, et un gonflement douloureux de l'éminence hypothénar droite. Les éruptions antérieures ne se traduisent plus que par une teinte noirâtre, légèrement violacée, des membres inférieurs et des bras : on dirait que la malade a été rouée de coups. Il n'y a plus d'élevures de la peau, mais à la palpation, on sent encore quelques nodosités profondes.

La malade accuse un état de faiblesse très net ; elle se tient difficilement sur ses jambes, ne peut marcher, a des étourdissements lorsqu'elle veut rester debout. On dirait une convalescente d'une maladie grave,

Elle sort le 29 janvier, ayant encore de la faiblesse et quelques douleurs dans les genoux. Il est à noter que la sécrétion lactée s'est assez rapidement tarie après l'apparition de l'érythème.

Je pourrais ajouter à ces quatre observations l'histoire d'une malade qui était entrée pour la grippe le 15 décembre, qui était guérie et qui, le 3 janvier, présenta sur les deux genoux et les deux coudes une éruption de bulles fines, très confluentes, d'abord entourées d'une zone de rougeur diffuse, avec démangeaisons vives et élévation de la température à 39°,5 : l'éruption avait presque complètement disparu le 10 janvier. J'aime mieux me contenter de la mentionner seulement car il ne s'agissait pas là d'un véritable érythème noueux ou papuleux.

Des tentatives de cultures ont été faites à deux reprises différentes avec du sang pris, suivant les précautions d'usage, dans les nodosités elles-mêmes. La première fois on recueillit le sang chez les malades des observations, I, II et III et la seconde fois chez les malades des observations II et IV, c'est-à-dire aux périodes les plus diverses de l'éruption. Le sang fut mis dans des tubes de bouillon, de gélatine et d'agar glycériné et confié aux soins de mon ami G. Lemoine qui voulut bien se charger des cultures au laboratoire de l'École du service de santé militaire. Dans aucun des tubes on ne constata de végétation. L'expérience, dans les conditions où nous étions placés, est donc restée absolument négative.

En résumé, une malade entre à l'hôpital avec un érythème noueux et dans les huit jours qui suivent trois autres malades présentent la même affection sans que rien dans leurs antécédents, au moins pour deux d'entre elles, semblât les y prédisposer. On remarquera de plus qu'elles étaient toutes trois dans le service depuis un temps assez long et qu'elles ne prenaient pas de médicaments auxquels on puisse attribuer l'éruption. Il faut ajouter enfin que la salle comportant quatre rangées de lits, les trois cas intérieurs se sont tous trouvés dans une seule de ces rangées, celle qui faisait face à la première malade.

Je livre mon observation telle quelle, surtout pour attirer l'attention sur la possibilité de pareils faits, et sans vouloir en tirer plus de conclusions que son isolement ne le comporte. On peut objecter en effet que l'érythème noueux est fréquent à cette époque de l'année et qu'il n'y a peut-être eu qu'une simple coïncidence.

Mais pour ceux qui considèrent l'érythème noueux comme une maladie infectieuse, ce qui me paraît être la vérité pour la grande majorité des cas, l'explication naturelle qui vient à l'esprit est celle de la

contagion. Sans doute cette contagion serait très étroite et exceptionnelle, mais il n'est pas difficile de citer des affections manifestement infectieuses, où il en est de même, comme la méningite cérébro-spinale, le typhus, ou même, quoique à un moindre degré l'érysipèle, Mon observation isolée n'a qu'une importance relative ; la répétition de pareils faits aurait un grand intérêt doctrinal.

SUR LA

PARASITOLOGIE DE L'ÉLÉPHANTIASIS NOSTRAS

Par M. **R. Sabouraud**, interne à l'hôpital St-Louis.
Travail du laboratoire de bactériologie de M. le Dr E. Besnier.

I

Le mot « éléphantiasis » qui a survécu à beaucoup de dénominations analogues de l'ancienne médecine a primitivement compris des groupes morbides fort distincts qui en furent détachés successivement. On sait que le mot « éléphantiasis des Grecs » est l'une des innombrables synonymies de la lèpre. Mais la lèpre mise à part, il demeure un groupe d'affections surtout fréquentes sous les tropiques mais assez communes aussi dans nos pays et dont le caractère primordial est l'augmentation considérable de volume du membre qui est le siège de la maladie.

Ordinairement c'est le membre inférieur qui dans l'éléphantiasis constitué se présente avec les caractères objectifs suivants : La difformité atteint le pied et la jambe et, dans nos pays du moins, dépasse rarement le genou. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'énorme disproportion entre le volume du membre malade et celui du membre sain.

La jambe, dont la forme et le modelé n'existent plus, est transformée en un véritable cylindre ; elle est souvent aussi volumineuse à la cheville qu'au jarret, et peut atteindre jusqu'à cinquante centimètres de circonférence.

Le plus souvent le pied est aussi monstrueux que la jambe et quelquefois les deux segments des membres sont séparés l'un de l'autre par une sorte d'étranglement siégeant au niveau des malléoles.

A examiner les fonctions du membre, on trouve que les muscles sont intacts ; le plus souvent les mouvements sont conservés dans la mesure où le poids énorme du membre et l'épaississement des parties tégumentaires le permettent.

Les lésions sont donc localisées aux parties tégumentaires : L'éléphantiasis vrai, la pachydermie de certains auteurs est une hypertrophie de tous les éléments du derme et du tissu cellulaire sous-cutané.

Si l'on examine les signes objectifs que présentent les parties mala-

des, on voit que le revêtement cutané est dur, rigide. Il a perdu toute sa souplesse, il est ordinairement tendu sur les parties sous-jacentes et leur adhère. Il a subi outre ces modifications générales, des changements dans sa couleur, dans sa texture. La peau est pigmentée, quelquefois d'une façon irrégulière ; elle est brune, ou violâtre, ou même noire, quelquefois d'un jaune spécial. Le grain de la peau peut avoir disparu. D'autres fois le tégument a pris un aspect papillomateux et villeux marqué surtout au tiers inférieur de la jambe, et sur le pied, aux espaces interdigitaux. D'autres fois enfin le membre est irrégulièrement bosselé, couvert de nodosités disséminées légèrement douloureuses. Surtout quand l'état papillomateux est accusé ; aux plis normaux comme au cou-de-pied, entre les orteils, des fissures plus ou moins profondes se sont produites et donnent un écoulement fétide.

Cette description s'applique à l'éléphantiasis des tropiques, et aussi exactement, à celui de nos pays. Car au point de vue objectif comme au point de vue clinique, il n'y a entre eux nulle différence. La seule c'est que d'ordinaire les lésions sont plus accusées dans l'éléphantiasis des tropiques ; mais comme, sous l'équateur et chez nous, le grand facteur étiologique est le défaut de soins hygiéniques et de propreté vulgaire, c'est là seulement une affaire de degré entre les habitants de la zone intertropicale et les habitants des zones tempérées. Encore, dans la classe la plus pauvre de nos pays, chez le mendiant des villes, ou chez les moins civilisés de la population rurale pouvons-nous voir des éléphantiasis aussi difformes que sous des climats torrides.

L'éléphantiasis nostras en effet n'est qu'une maladie des pauvres, il fait partie de ces « vagabond's diseases » des Anglais, il est le compagnon des phtiriases mélanodermiques : c'est une maladie de sordidité.

Or, quand on parcourt nos services d'hôpitaux, on est frappé du nombre considérable de ces éléphantiasis nostras qu'on y rencontre. Ils accompagnent souvent des lésions définies : lupus, tuberculoses cutanées, ulcères de jambe et varices, mais on peut rencontrer cette difformité chez des gens qui n'ont jamais présenté aucune de ces lésions primitives, et chez qui l'éléphantiasis est une maladie autonome. Il va sans dire d'ailleurs qu'on peut le rencontrer à tous les degrés de développement, uni ou bilatéral remontant jusqu'au genou ou n'occupant que le segment inférieur du membre.

Quand on interroge avec soin les malades, on apprend invariablement la même histoire. Habituellement la lésion est indolore ; c'est plutôt une infirmité qu'une maladie, et les porteurs peuvent vaquer à leur profession même fatigante, sans en éprouver d'inconvénient. Mais de temps à autres, tous les mois ou même moins souvent, ils ressentent des douleurs locales et de la gêne, et alors ils prévoient un accès de fièvre qu'ils connaissent et décrivent très bien. La fièvre survient quelques heures après ces prodromes, elle est variable d'in-

tensité et le même malade présente des crises graves et d'autres bénignes. La crise grave dure de deux à cinq jours, quelquefois même 15 jours, la crise bénigne, quelques heures.

Il y a des symptômes généraux, une fièvre quelquefois intense, des frissons, de la soif, de l'anorexie et localement des symptômes non douteux de lymphangite, avec ganglions.

Cette description est fournie très exacte, par les anciens auteurs. c'est l'*accès éléphantiaque*, et tout dans cet accès s'applique exactement à ce que l'on désigne aujourd'hui par le nom de lymphangite, c'est-à-dire : envahissement microbien du tissu réticulé de l'hypoderme et des troncs lymphatiques qui en émanent. L'œdème dur, éléphantiaque, est de la *lymphangite chronique ;* ce sont les lésions accumulées par des centaines de crises semblables à celles que nous avons décrites, accompagnées chacune d'une poussée d'œdème nouveau. c'est-à-dire anatomiquement de diapédèse. L'œdème chaque fois n'est pas suivi de la complète restitutio ad integrum, mais probablement d'une organisation sur place, en tissu conjonctif adulte, des cellules embryonnaires émigrées.

Jusqu'ici nous n'avons vu qu'une similitude parfaite entre l'éléphantiasis des Arabes ou équatorial, et l'éléphantiasis de nos pays.

Mais ici se présente une difficulté. On sait très bien depuis les recherches de Wucherer, de Lewis et de Patrick Manson, sans oublier les travaux de M. Lancereaux sur le même sujet, que l'éléphantiasis des pays chauds est causé sinon toujours, du moins très fréquemment par cet hématozoaire connu sous le nom de filaria sanguinis humani ; que la maladie produite par ce parasite est la *filariose* qui se traduit par de la chylurie, un lympho-scrotum, une lymphodermie du membre inférieur, etc. Mais cet être parasitaire qui est un helminthe pléomorphe est spécial aux pays chauds palustres. Il n'est donc pas en cause dans l'éléphantiasis de nos pays. Et alors quelle est sa cause ? Quel est l'être évidemment microbien dont la pullulation cause une lymphangite à récidive, lesquelles récidives causent la pachydermie éléphantiasique confirmée.

Le sujet nous ayant intéressé, nous avons vainement cherché dans les auteurs classiques la cause spécifique des lymphangites éléphantiasiques.

L'étiologie parasitaire y est tout au plus indiquée en termes vagues et nullement les micro-organismes qui pourraient y donner lieu.

Or, en continuant d'étudier la question, nous avons été frappés de retrouver très fréquemment dans les commémoratifs fournis par les malades un érysipèle de la face, soit au début des lymphangites du pied, soit au cours de l'éléphantiasis, en concomitance de l'une des innombrables lymphangites du membre inférieur.

Pour vérifier l'idée d'une communauté d'origine, entre les deux

affections et pouvoir essayer des cultures de l'organisme, causal dans la lymphangite, il fallait assister à une de ces crises éléphantiaques, et elles surviennent rarement à l'hôpital, en raison du repos du malade et aussi du pansement qui protège ses plaies. Mais enfin en recommandant aux malades atteints d'éléphantiasis, à leur sortie de l'hôpital, de revenir immédiatement dès le début de leur accès de fièvre, nous avons pu ainsi observer très complètement l'accès qui est bien une lymphangite typique.

En prenant sur la partie enflammée du tégument et au moyen de scarifications très superficielles, un peu de sérum et de sang, nous avons obtenu sans un manque, des cultures plus ou moins abondantes mais invariablement pures de streptocoques de Fehleissen. C'est ce que nons attendions, quoique les résultats nous aient surpris par leur identité parfaite malgré la variabilité des signes cliniques. Voici les trois principales observations de ces malades. Nous aurions pu en ajouter d'autres si elles ne se répétaient identiquement.

II

Ire Observation. — *Scrofulo-tuberculoses multiples. Erysipèle de la face suivi de lymphangites récidivantes du membre inférieur : Éléphantiasis consécutif.*

La nommée Louise Bes..., infirmière, 33 ans, entra le 30 janvier 1892, salle Alibert, n° 9, pour des tuberculoses externes multiples et un éléphantiasis du membre inférieur droit.

Sans antécédents héréditaires ou collatéraux de tuberculose la malade présente cependant un état général assez médiocre et un facies de tuberculeux.

Les premières lésions bacillaires se développèrent vers l'âge de 7 ou 8 ans environ et après une rougeole. Ce furent : un abcès tuberculeux sous-maxillaire, un abcès semblable du dos de la main gauche, enfin des ulcérations du cou-de-pied aux deux jambes. Toutes survinrent dans un laps de temps de cinq ou six mois et suivant le même processus : abcès sous-cutané s'ouvrant à l'extérieur et dont l'orifice devenait fongueux.

Jusqu'en 1882 elle fut traitée pour ces lésions mais d'une façon très irrégulière qui n'amena jamais une guérison même temporaire sauf, pour l'abcès sous-maxillaire qui se tarit en trois ans environ.

En 1882, pleurésie d'allures suspectes dont la convalescence dure un an. Puis au cours de cette convalescence *un érysipèle de la face.* L'érysipèle évolue avec des symptômes généraux graves, beaucoup de fièvre. L'envahissement du cuir chevelu fut suivi d'une alopécie marquée.

Vers cette époque la tuberculose métacarpienne de la main gauche guérit sans intervention. C'est à partir de cette époque — 1883 — et après l'érysipèle de la face que survinrent mensuellement d'abord, puis à des inter-

valles de plus en plus éloignés, — tous les deux ou trois mois, — des poussées de lymphangite partant des ulcérations des pieds.

Les premières furent très violentes, avec les mêmes symptômes généraux qui avaient marqué l'érysipèle. Elles duraient 8 à 10 jours environ et survenaient à l'époque des règles. Fréquemment les poussées de lymphangite alternaient d'une jambe à l'autre mais toujours plus fortes à droite où ont toujours siégé les lésions tuberculeuses les plus accentuées. La jambe très enflée pendant la durée des crises reprenait peu à peu après elles son volume normal.

Plusieurs fois la malade entra dans les hôpitaux soit pour ses crises, soit pour les lésions de tuberculose cutanée, qui furent l'objet de plusieurs interventions, grattage, ignipuncture, etc...

A partir de 1889, les accès des lymphangite se localisèrent à la seule jambe droite et c'est seulement depuis 1890 que survint à leur suite un œdème dur et chronique que chaque poussée augmentait. La malade étant infirmière à l'hôpital Saint-Louis, prenait le lit à chaque crise pour quelques jours. Et c'est à cette occasion qu'elle entra dans le service de M. le Dr Besnier.

Quand nous la vîmes la crise lymphangitique était terminée. Il persistait seulement de la faiblesse.

La jambe droite présentait un œdème dur, éléphantiaque remontant jusqu'au-dessous du genou. En haut la peau était tendue et lisse. Plus bas, l'hypertrophie papillaire et les lésions pigmentaires de la peau étaient marquées. Le volume total du membre était au moins double de celui du côté opposé.

Enfin il existait en arrière de la malléole externe, en arrière du tendon d'Achille, et sur la face interne du tibia au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, de petits orifices fistuleux bordés de quelques végétations et donnant accès dans des trajets exclusivement sous-cutanés et peu profonds.

Après quelques séances d'ignipuncture sur les lésions tuberculeuses, traitement qui en raison du pansement ne fut pas suivi d'accidents lymphangitiques, la malade quitta le service, toujours avant sa complète guérison.

Ce fut la première observation d'éléphantiasis dans laquelle nous avions pu constater l'existence d'un érysipèle de la face avant l'apparition de tout accident lymphangitique au membre inférieur. L'observation suivante et parmi celles que nous ne publions pas, plusieurs autres qui n'ont pas, faute d'accès, donné lieu à des recherches bactériologiques nous ont prouvé que dans les éléphantiasis nostras, le commémoratif d'érysipèle de la face était extrêmement fréquent.

C'est ce commémoratif même qui éveilla notre attention sur l'origine streptococcique possible de l'éléphantiasis et nous fit recommander à la malade de rentrer dans le service de M. le Dr Besnier à sa première poussée fébrile.

C'est ce qu'elle fit le 5 mai dernier.

La lymphangite était manifeste (Temp. 39°,3) elle occupait toute la jambe. Sur une partie nettement lymphangitique nous fîmes des scarifications et le sérum prélevé servit à faire des cultures sur gélose.

Trois jours après, l'examen des colonies révéla le streptocoque à l'état de pureté.

Mais ces colonies étaient assez rares et c'est ce qui nous suggéra pour le cas suivant l'idée d'un manuel opératoire un peu différent et certainement meilleur comme on le verra pour la démonstration des cas légers.

IIe OBSERVATION. — *Eléphantiasis du membre inférieur, constitué par des lymphangites récidivantes, la première greffée sur un eczéma passager.*

Le nommé Rob..., Octave, 41 ans, garde de sémaphore, homme d'apparence vigoureuse, se présente le 23 avril dans le service de M. Besnier pour un éléphantiasis caractérisé de la jambe gauche. Il est admis dans la salle Devergie, n° 10.

L'origine de sa maladie remonte à 6 ans environ. A cette époque, sous l'influence de traumatismes répétés de sa chaussure, il présenta sur le bord interne du pied puis sur sa face dorsale des lésions eczémateuses, que l'absence de soins et même de propreté vulgaire entretinrent pendant plusieurs mois.

Le malade continua son travail sans même traiter sa lésion et six mois après le début des premiers accidents survint une poussée lymphangitique considérable qui le força de s'aliter pour quelques jours.

Fièvre intense, avec frissons, sueurs, anorexie prononcée. Localement une douleur vive généralisée à tout le membre, de l'œdème et des « marbrures rouges » de la peau, enfin des ganglions inguinaux.

Depuis cette époque, et à des intervalles plus ou moins éloignés, variant de 10 jours à un mois, le malade a présenté de nouvelles poussées, toujours semblables, différant seulement d'intensité et de durée.

Depuis 1888, il ne s'est pas écoulé vingt jours sans qu'il présentât un accès semblable. A chaque accès le membre augmentait beaucoup de volume, et diminuait après lui sans jamais reprendre tout à fait le volume qu'il avait avant la crise.

Ainsi s'est constitué peu à peu, et en quelque sorte par étapes, l'éléphantiasis énorme que le malade présente aujourd'hui.

Actuellement la jambe gauche est d'un volume presque triple de celui de la jambe droite ; la peau dans la région du mollet est lisse, tendue et brunâtre.

Au contraire dans la région malléolaire elle est extraordinairement papillomateuse et végétante. Sous des croûtes sèches agglomérées on découvre une hypertrophie villeuse des papilles et de véritables condylomes d'un centimètre de diamètre et d'une saillie de 3 ou 4 millim.

La même hypertrophie papillaire végétante existe dans chaque espace interdigital des orteils. Le pied est énorme et exige une chaussure spéciale.

Le 9 mai au matin, le malade ressentit au pied les douleurs très connues de lui et qui chaque fois précédaient sa crise. Celle-ci suivit de deux heures environ les premiers symptômes fonctionnels. Ce fut une lymphangite typique.

La jambe, œdémateuse, luisante, était d'un rouge intense et uniforme jusqu'au genou. Au-dessus du genou, quelques traînées lymphangitiques. Dans l'aine ganglions douloureux et augmentés de volume. Tempér. 39°,5.

Deux heures après le début de la crise, après une antisepsie attentive de la région on pratiqua sur la surface de la peau de la région envahie, au dessous du genou, quelques scarifications très superficielles.

Le sang et le sérum obtenus servirent à faire immédiatement une culture sur gélose.

Le reste du sang recuilli fut conservé dans une pipette dont on ferma l'extrémité.

La pipette étant ensuite coupée au niveau de son bouchon d'ouate, on y ajouta aseptiquement un centim. cube de bouillon stérile. Et elle fut portée à l'étuve.

Vingt quatre heures après, ce liquide servit à faire des ensemencements.

La culture extemporanée dès le lendemain présentait de nombreuses colonies miliaires.

Le surlendemain il en était de même de la seconde culture.

L'examen direct vérifia l'aspect des colonies : streptocoque pur.

D'après l'avis du malade, la crise au cours de laquelle la recherche bactériologique fut faite était identique aux crises passées, et seulement un peu plus intense que les crises habituelles.

IIIe Observation. — *Scrofulo-tuberculoses multiples. Lésions tuberculeuses du pied. Lymphangites consécutives et éléphantiasis. Lupus tuberculeux et érysipèle de la face.*

La malade qui fait le sujet de cette observation est bien connue à l'hôpital St-Louis, où elle a fait de nombreux séjours. Des moulages de sa jambe existent même au musée Baretta, ils furent pris à différentes époques et marquent les étapes par lesquelles les lésions tuberculeuses et éléphantiaques sont passées.

C'est une nommée Clémence Mar..., femme Den..., elle est âgé de 39 ans.

Sans antécédents héréditaires de tuberculose, sans tuberculose non plus parmi ses collatéraux. Dans son enfance, quelques lésions de gourme et vers 12 ou 13 ans un ganglion sous-maxillaire qui disparut sans abcès.

La formation fut difficile, et la malade d'abord bien réglée fut prise d'une chloro-anémie rebelle avec suppression des règles pendant onze mois. Elle toussait beaucoup et passait pour poitrinaire, cependant elle se remit.

Notons aussi que depuis l'âge de 6 ou 7 ans, la malade présentait annuellement et jusqu'à 18 ans des engelures qui s'ulcéraient toujours au pied gauche. Celles des mains et du pied droit ne s'ulcéraient pas.

Lorsque la chloro-anémie disparut, et la toux dont elle s'était accompagnée, enfin quand les règles se rétablirent, des ulcérations parurent au pied gauche, qui au contraire des engelures persistèrent. Ces ulcérations étaient disséminées sur le dos du pied à la naissance des doigts et sous l'avant-pied.

Après 18 mois la malade entra pour la première fois dans un service de l'hôpital St-Louis et y resta six mois.

Le traitement consista en caustiques chimiques. Et alors parurent, presque chaque mois, des poussées de lymphangite assez aiguë, survenant

après les règles. Ces lymphangites s'accompagnaient d'œdème dur et douloureux, de traînées rouges que la malade connaissait, et de douleur inguinale sans ganglions appréciables. Il y avait réaction générale, fièvre et frissons, sueurs, anorexie, etc. Chaque poussée aiguë durait deux à trois jours, puis les accidents aigus se calmaient, mais il restait des bosselures douloureuses, beaucoup plus longues à disparaître et qui souvent d'une fois à l'autre persistaient.

Cet état, avec poussées mensuelles de lymphangite dura six mois, après lesquels la malade sortit guérie de ses ulcérations mais gardant un œdème dur du pied et de la jambe, qui depuis n'a fait que s'accroître sous l'influence de ses lymphangites récidivantes.

Celles-ci restèrent presque mensuelles jusqu'en 1889, puis elles s'espacèrent lentement et en 1890-91, il y eut une accalmie pendant laquelle la malade demeura 18 mois sans poussée fébrile. Puis en juin 1891, lymphangite considérable qui s'accompagne de purpura et dure quinze jours suivis d'une convalescence de six semaines.

Depuis cette époque deux autres crises moindres. La jambe actuelle a des dimensions énormes. Elle est séparée du pied par un étranglement malléolaire où le membre a gardé ses dimensions d'autrefois. Le pied est informe. Son dos portant les cicatrices anciennes est bombé, la plante a perdu sa concavité normale. L'inflammation chronique des espaces interdigitaux a fini par créer une syndactylie complète qui à l'heure actuelle a soudé les 4 derniers orteils en une seule masse où les ongles paraissent s'implanter directement.

Il existe encore au-dessus et au-dessous de l'avant-pied, deux petites ulcérations nettement tuberculeuses de la dimension d'une pièce de cinquante centimes environ.

L'histoire de cette femme présente encore d'autres particularités. Mariée à un tuberculeux qui meurt phtisique après 2 ans de maladie, elle contracte, — peut-être de lui — un lupus de la face actuellement encore en évolution. Elle a cinq enfants en dix ans et les perd successivement de tuberculose, sauf l'un d'eux qui survit avec une tuberculose de la clavicule.

Enfin au cours de sa 3e grossesse (1882) elle prend sur son lupus de la face *un érysipèle* caractérisé qui n'eut qu'une récidive en 1886, mais dont il faut noter la concomitance avec les lymphangites du membre inférieur.

Nous passons sous silence tous les séjours faits à l'hôpital St-Louis tant pour son lupus de la face que pour ses lymphangites perpétuelles.

La malade est restée jusqu'au 18 avril dans le service de M. le Dr Besnier. Elle n'y présenta pas de poussée aiguë très violente, mais plusieurs peu marquées, suffisantes cependant pour nous donner une culture pure de ce streptocoque, qui avec le bacille de Koch a joué dans cette existence un rôle si considérable.

III

Après ces observations, il est à peine besoin de faire remarquer combien le résultat des recherches bactériologiques est en conformité

absolue avec ce que la clinique enseignait d'une part et de l'autre avec ce que l'anatomie pathologique nous apprend.

Avec la clinique montrant la marche paroxystique de la maladie, ses accès éléphantiaques, et les accalmies où le membre sans jamais reprendre son volume primitif diminue cependant, — la crise passée, — pour jusqu'à la crise prochaine.

Avec l'anatomie pathologique, si complètement étudiée dans la remarquable thèse de mon collègue et ami Jeanselme et dans laquelle il conclut à de la lymphangite chronique. N'est-ce pas là ce qui *doit* être, étant donnée la marche même de la maladie, étant donnée l'origine des lésions et leur siège ?

Et le streptocoque, n'est-il pas aussi par excellence, le microbe aux pullulations récidivantes, sur le même terrain, suivant le type presque centenaire déjà de l'érysipèle à répétitions. Ici les répétitions sont plus constantes sans doute à cause de la déclivité du membre et de la longue durée des lésions de ce siège, et aussi de la facilité de leur infection.

De toutes ces conditions favorables aux microbes, c'est la filaire qui profite dans les pays intertropicaux, peut-être en concurrence avec le streptocoque... Quoi qu'il en soit, c'est le streptocoque chez nous.

De ce travail il demeure constant qu'un grand nombre et peut-être la totalité des éléphantiasis nostras, idiopathiques ou symptomatiques doivent être rangés parmi les maladies, jadis distinctes, et aujourd'hui réunies comme en rapport d'effet à cause avec le streptocoque de Fehleissen.

De ces notions étiologiques doit sortir d'abord la même prophylaxie qui a suivi la notion étiologique de l'érysipèle. Il en ressort aussi des indications thérapeutiques positives trop faciles à déduire pour que nous y insistions ici, mais parmi elles nous mentionnerons, la nécessité pour le médecin de ne pas traiter la lésion causale et permanente de l'éléphantiasis sans s'entourer des précautions minutieuses de l'antisepsie actuelle.

IMPÉTIGO DE BOCKHART.

ABCÈS DE L'ÉPIDERME OCCASIONNÉ PAR LES COCCI DU PUS

Par le Dr **Unna**.

(Communication faite à l'Association médicale de Hambourg le 12 janvier 1892.)

L'auteur a choisi l'impétigo, comme sujet de sa communication, d'abord, parce que l'infection de la peau par les cocci du pus a une importance essentiellement pratique et que la connaissance de la possibilité de ce fait doit être familière à tous les médecins ; d'autre part parce qu'il serait difficile de trouver un sujet, au point de vue histologique et dogmatique, démontrant mieux la supériorité de l'étude expérimentale en dermatologie.

L'impétigo existait comme maladie indépendante de la peau depuis la fin du siècle précédent jusque vers 1860, c'est-à-dire depuis la définition de Willan de ses différentes variétés d'impétigo jusqu'au livre de Hebra. L'autorité de ce maître le fit tomber dans l'oubli et, après un sommeil de 20 ans, en 1887, Bockhart l'a fait revivre.

Sans doute la signification de ce terme est aujourd'hui toute différente de celle qu'il avait au début. Pour tout lecteur de l'ouvrage de Willan et Bateman, il est incontestable que les *impetigines figuratæ, sparsæ et scabidæ* ne représentent que des formes inflammatoires et très croûteuses de notre eczéma actuel. La pustule d'impétigo de ces auteurs apparaît en groupes sur une base inflammatoire et donne lieu à une sensation de prurit et de brûlure ; son pus n'est pas inoculable et, après sa rupture, la pustule ne sécrète plus de pus mais un liquide séreux, se desséchant en croûtes squameuses, jusqu'au moment où le processus se termine, en laissant un épiderme rouge brillant, tendu, fendillé et en desquamation. Les récidives de l'impétigo sont fréquentes et se traduisent par des vésicules jaunes. L'impetigo figurata de Willan et Bateman, avec son siège de prédilection sur la surface dorsale des mains, dans les espaces métacarpiens de l'index et du pouce, constitue exactement le tableau classique de l'eczéma très enflammé, en foyers, tel qu'on l'observe principalement chez des adultes qui exercent un métier. A cet eczéma correspondent aussi les pustules qui ne se distinguent pas absolument par leur grosseur des vésicules de l'eczéma, elles deviennent facilement confluentes et produisent des croûtes minces ; Willan, pour les différencier des grosses pustules purulentes, les appelait pustules psydraciées.

Si l'on cherche par contre chez Willan des bulles tout à fait purulentes, volumineuses, non compliquées, isolées, telles qu'elles répondent à notre conception actuelle de l'impétigo, il faut étudier dans cet auteur les chapitres du porrigo et de l'ecthyma. Il y décrit sous le nom de porrigo favosa (1) des pustules volumineuses, molles, jaune paille, en général un peu aplaties, à contours irréguliers, avec aréole inflammatoire légère. Ces pustules apparaissent d'abord isolées, plus tard elles se rompent, deviennent confluentes et se recouvrent de croûtes jaune gris, qui collent les poils, dégagent une mauvaise odeur, et abritent des pediculi. Cette affection pustuleuse atteint le plus souvent les enfants, presque constamment la tête, les oreilles, la face et la nuque, puis tout le reste du corps jusqu'à l'extrémité des doigts; elle est facilement inoculable, transmissible des nourrissons aux nourrices et provoque l'engorgement ganglionnaire.

Mais il est très possible que sous un tableau morbide de ce genre il se cache, dans certains cas, un eczéma du cuir chevelu. Hebra l'ancien n'y a pas regardé d'assez près, quand il a réuni purement et simplement à son eczéma le porrigo favosa de Willan ainsi que les impétigines de cet auteur.

Comme type de petites vésicules purulentes, Willan cite ensuite les achores, qui en général se trouvent à l'orifice des follicules sébacés et sont traversés par un poil. Cette dénomination est tombée en discrédit, principalement parce que Willan traite surtout des achores dans le porrigo scutulata, la trichophytie actuelle, et que par conséquent on pouvait supposer qu'il avait pris ici, comme dans son porrigo lupinosa, notre favus, des squames jaunes, sèches pour des vésicules purulentes desséchées (Wilson). Mais il me semble, plutôt que Willan ne réunit ici que la trichophytie à d'autres maladies purulentes du cuir chevelu entraînant la calvitie. Il serait étonnant que les impétigines, que l'on rencontre journellement ici, aient échappé à un observateur aussi sagace.

Finalement Willan a décrit comme ecthyma vulgaire peut être une acné pustuleuse ou des folliculites, mais dont on ne saurait non plus exclure de but en blanc notre impétigo actuel. Willan comprend, en effet, sous ce nom des pustules petites, dures, qui arrivent à maturité avec des sensations douloureuses, dans l'espace de 3 à 4 jours, surviennent principalement aux épaules, au cou et sur les membres; après leur rupture elles se recouvrent de croûtes brunes et guérissent sans laisser de cicatrices.

La différenciation exacte établie par Willan entre l'impétigo et le porrigo (surtout en ce qui concerne l'inoculation), disparut bientôt sous l'influence du grand précurseur de Hebra en France, Rayer, qui réunit le porrigo favosa à l'impétigo et le fondit avec lui. Il décrit très

(1) Il ne faut pas se formaliser de cet adjectif : il n'est pas question ici de notre favus (porrigo lupinosa, Willan).

bien, à cette occasion, son impetigo sparsa du cuir chevelu des enfants (teigne granulée d'Alibert) ; il insiste expressément sur ce que l'éruption se développe sous forme de petites pustules isolées, blanc jaunâtre, traversées par un poil. Ce n'est que plus tard qu'apparaissent la confluence, le collement des cheveux, la pédiculose, etc. Il regarde toutefois comme très difficile de séparer cet impétigo de l'eczéma impétigineux du cuir chevelu (teigne muqueuse d'Alibert). Leurs différences capitales consisteraient dans l'aspect des croûtes, qui, dans l'eczéma impétigineux, seraient arrondies, bosselées, jaune vert et reposeraient sur une peau inégalement tuméfiée, comme verruqueuse, tandis que dans l'impétigo elles sont brunes ou gris foncé et ressemblent aux petits fragments d'un vieil emplâtre.

On rencontre ici pour la première fois aussi la notion délicate de l'eczéma impétigineux. C'est à peine si Rayer est personnellement coupable de la confusion de ces deux types ; elle était fatale, cette conception mixte était trop dans la nature des choses, quoique plus tard elle rendît plus difficile le développement ultérieur de nos connaissances.

Vraisemblablement au temps de Rayer cette notion s'était déjà généralisée. L'expérience avait, en effet, peu à peu montré que les pustules de l'impetigo figurata avec leur contenu blanc jaunâtre, à coloration mate, souvent simplement trouble, survenaient presque constamment mêlées à des vésicules claires d'eczéma et procédaient fréquemment assez nettement d'elles. Rayer ne diagnostiquait, en réalité, scrupuleusement un eczéma impétigineux que quand, outre les pustules typiques d'impétigo de Willan, on trouvait les vésicules d'eczéma du même auteur (1), mais il préparait par là les voies à Hebra qui réunit plus tard sans hésitation à son eczéma toutes les impétigines.

Plus la notion de l'impétigo fut ébranlée par ce fait que l'efflorescence primaire de cette affection ne pouvait pas se limiter aussi sûrement que Willan l'avait pensé, plus aussi on attacha d'importance dans la suite à l'aspect et aux différences des produits morbides secondaires, les croûtes. Presque inconsciemment les médecins prenaient l'habitude de désigner par le qualificatif impétigineux des affections qui présentaient des croûtes épaisses, purulentes, même simplement jaunâtres, qu'elles fussent ou non précédées de pustules isolées ; ce furent surtout les affections du cuir chevelu des enfants, très humides et recouvertes de croûtes jaunes et brunes qui reçurent ce qualificatif avec une préférence spéciale, sans qu'on prît toujours la peine d'avoir recours au diagnostic différentiel encore employé par Rayer. En vertu de l'union étroite, justifiée en fait, de l'eczéma de Willan avec l'impétigo de cet auteur, le porrigo favosa de Willan qui se termine éga-

(1) D'ailleurs son observation d'un malade atteint d'eczéma impétigineux ne correspond pas à son texte et représente probablement un cas récent d'hydroa de la grossesse.

lement en croûtes fut, lui aussi, mais d'une manière non justifiée, entraîné sans retour dans le cercle de l'eczéma qui englobait tout, bien que cette maladie en elle-même fût aussi loin de l'impétigo d'alors, qu'elle l'est de l'eczéma d'aujourd'hui. Il en résulta qu'une bonne partie de l'ancienne observation clinique fut enterrée et soustraite aux regards de la postérité.

Mais on n'oublia cependant pas absolument les affections simplement purulentes de la peau : les meilleurs cliniciens continuèrent à soupçonner, sous les croûtes dites impétigineuses du cuir chevelu, autre chose qu'un eczéma vésiculeux étendu en surface. Il n'est pas sans intérêt de rappeler à ce propos l'opinion primitive d'Erasmus Wilson, dans son premier traité des maladies de la peau ; il prétend, en effet, que toutes les pustules vraies se distinguent des vésicules en ce qu'elles ne contiennent dès le début que du pus. Après cette introduction on s'attendrait à une critique ou du moins à une formule plus étroite de l'impétigo de Willan, mais il n'en est nullement question. Wilson se contente ici, comme partout dans son premier compendium, d'une reproduction abrégée, modifiée d'après Rayer, des opinions de Willan-Bateman et ne se sépare de ces dernières qu'en ce qu'il range dans les impétigines — ce que Bateman avait déjà proposé — le porrigo larvalis ou croûte laiteuse en tant qu'impétigo du cuir chevelu, mais malheureusement il subordonne aussi le porrigo favosa à la même notion.

L'affirmation formelle de la nature simplement purulente des pustules en général, qui devait plus tard lui attirer la critique acerbe de Hebra, n'est donc qu'un simple aperçu et n'est restée pour la science d'alors qu'à l'état de vœu platonique. Mais bien que plus tard Erasmus Wilson reconnût aussi sans réserves la justesse de la critique d'Hebra qui ruinait totalement sa conception de l'impétigo et que, dans ses *lectures* de 1873, parues 20 ans plus tard, il n'appelle plus l'impétigo qu'une poussée « offshoot » de l'eczéma pustuleux, cependant il ne pouvait manquer de dire, dans ses leçons de 1871, que les pustules superficielles dans l'eczéma méritent une attention spéciale. Il donne même ici une définition de l'impétigo ; il le regarde à coup sûr, dans le fond de son cœur, comme quelque chose de particulier. Il faut toutefois faire remarquer que dans ce court ouvrage du dermatologiste expérimenté, on trouve en réalité des vues exclusivement personnelles, en opposition à son premier ouvrage. L'impétigo est à présent pour lui : une éruption de pustules superficielles, très petites, ayant jusqu'à 3 à 4 lignes de diamètre, qui se développent sur une base enflammée et finalement amènent la formation de pus et de croûtes jaunâtres épaisses. L'indication primitive que les pustules contenaient du pus dès le début ne se retrouve plus ici et Wilson se voit obligé d'insister à cette place même sur le début sans pus,

en tenant manifestement compte de l'impetigo contagiosa décrit peu auparavant par Tilbury Fox, maladie des enfants toute spéciale qui correspond en quelque sorte à la conception de Willan d'un impétigo psydracié, mais nullement à notre notion actuelle de l'impétigo, car le prétendu impetigo contagiosa commence par des vésicules qui se transforment rapidement en bulles tout à fait plates, volumineuses, non purulentes ; il méritait donc plutôt une place dans les maladies bulleuses.

On voit en tout cas par là que, avec son tact clinique, Wilson désirait ne pas abandonner l'impétigo en tant que maladie spéciale ; mais il ne sut pas appuyer cette conviction intime par la description d'un état morbide achevé et surtout indépendant de l'eczéma ; par conséquent nous ne lui devons pas non plus en réalité la notion actuelle de l'impétigo, quoique Bockhart, prenant en considération le premier travail de Wilson ait pu le dire avec une apparence de raison. L'ancien Willan aurait bien plutôt droit, en raison de son porrigo favosa, à être considéré comme le créateur de notre impétigo actuel, — il est vrai que Bockhart lui-même pourrait le revendiquer mieux encore. Cette étude nous mènerait trop loin, même sans approfondir la question, si je voulais parachever le tableau dessiné jusqu'à présent à grands traits du développement de notre conception morbide, en citant encore d'autres dermatogistes que les grands cliniciens nommés ci-dessus. Nous arrivons ainsi immédiatement à Hebra qui rejeta radicalement la notion de l'impétigo de Willan, et mit ainsi fin à la première période de l'impétigo. Il dit : « Erasmus Wilson s'efforce d'établir une distinction entre les pustules que l'on peut reconnaître comme telles dès le début, et celles dont le point de départ a été des vésicules ; et il insiste surtout sur ce fait que les premières seules sont caractéristiques de l'impétigo (1). Mais je voudrais bien savoir comment il est possible, en présence d'une pustule, de reconnaître si elle a commencé par un point de suppuration sous l'épiderme, ou si elle contenait d'abord un liquide transparent qui est devenu ensuite purulent. Ce n'est là, par le fait, qu'une de ces phrases de doctrinaire, que l'on rencontre malheureusement si souvent en dermatologie, et (pour nous consoler) presque aussi fréquemment dans d'autres branches de la médecine, — énoncés purement théoriques, qui ne servent qu'à embarrasser les étudiants et non à faire progresser la science, » t. I, p. 640.

On peut répliquer à Hebra qu'en réalité les pustules d'impétigo d'aujourd'hui par leurs autres caractères, dont il sera encore question plus loin, documentent leur caractère purulent primaire. A cet égard ce n'est que l'expérimentation sur l'homme associée à la bactériologie et à l'histologie qui nous a instruits. Mais Wilson aurait

(1) Et de l'ecthyma, devrait-il ajouter, c'est-à-dire les deux variétés qui précisément d'après Wilson amènent des pustules vraies, c'est-à-dire primaires.

pu riposter que ce qui importe c'est uniquement une observation clinique exacte de la marche dans chaque cas, pour exclure les éruptions qui se traduisent sûrement par des vésicules, par exemple les eczémas et pour délimiter ainsi peu à peu par exclusion les affections purulentes primaires. Comme ceci n'est évidemment pas impossible mais très difficile et très long, la plupart des lecteurs d'alors ont sans doute donné raison en fait à Hebra, mais ceux qui étaient libres de préjugés et pensaient d'une manière logique ont du lui donner tort en principe.

Mais Hebra a agi d'une façon absolument nuisible pendant longtemps dans le sens de ces phrases doctrinaires blâmées par lui, et cela par la conclusion suivante :

« L'impossibilité d'établir une distinction entre les pustules qui sont telles dès leur début, et celles qui résultent de la transformation des vésicules ou de quelque autre forme d'éruption (notamment dans les cas ou il existe simultanément sur la peau des pustules et des vésicules), cette impossibilité, dis-je, rend non seulement désirable, mais réellement nécessaire (?) de réunir tous ces cas sous la même dénomination d'eczéma impétigineux », p. 641.

Avec ce mot trouvé à propos on avait pour longtemps un moyen excellent de paralyser toute recherche ultérieure dans ce domaine.

C'est à peine s'il y a une maladie purulente chronique de la peau qui ne présente pas quelque chose d'eczémateux ou d'impétigineux. Aussi a-t-on fait dans les 20 dernières années un usage très fécond de cette échappatoire commode.

Une méthode de déduction tout aussi malheureuse que celle-ci, se trouve partout où il importe à Hebra de faire disparaître complètement l'impétigo en faveur de l'eczéma. Il dit page 445 : « Que tout observateur peut se convaincre immédiatement, dans n'importe quel cas, de l'identité de l'eczéma impétigineux avec les prétendues variétés d'impétigo, s'il enlève les croûtes jaunes, vertes, gommées qui surviennent dans l'eczéma impétigineux. Il reconnaîtra en effet immédiatement ... les surfaces humides, rouges, situées au-dessous, comme la caractéristique de l'eczéma rubrum, et en continuant d'observer... trouvera l'occasion de se convaincre que le liquide récemment sécrété se transforme au début en couches purulentes et plus tard en nouvelles croûtes qui représenteront encore le tableau de l'eczéma impétigineux ou l'impétigo.

Outre la pétition de principes qui consiste en ce que Hebra regarde dans tous les cas la surface rouge, humide au-dessous des croûtes, comme identique à celle de l'eczéma, tandis que l'identité doit chaque fois être démontrée par leur étiologie, il faut encore remarquer que Hebra en donnant le conseil d'enlever d'abord les croûtes et de juger ensuite, nous prive vraisemblablement d'un des critériums les plus importants

pour l'appréciation. En réalité c'est dans ces produits morbides secondaires, ainsi que les anciens cliniciens classiques l'admettaient et que notre analyse microscopique actuelle le confirme, que se trouvent les témoignages les plus importants du mode de développement des efflorescences.

Avec de semblables preuves il est ensuite facile à Hebra d'arriver au résultat final : il n'y a pas de maladie pustuleuse indépendante, il n'y a ni impétigo, ni ecthyma ; toute pustule est un produit secondaire, qui procède d'une vésicule, d'une papule ou de tout autre produit primaire d'inflammation.

Actuellement, par ces temps de chemotaxie et d'analyse microscopique, il est infiniment plus facile de voir les choses, que nous étudions ici, comme elles sont réellement et de constater de nouveau sur la peau les bulles purulentes primaires, comme le faisaient les anciens dermatologistes avant Hebra. Il serait vraiment étonnant qu'à un homme doué d'aussi remarquables facultés d'observation qu'Hebra certaines choses aient complètement échappé qui, avant comme après lui, étaient si faciles à démontrer. Mais en réalité elles ne lui ont pas échappé totalement ; il a été lui-même victime des phrases doctrinaires, car il réintègre dans deux passages de sa classification, sous forme de supplément et comme exception, la bulle pustuleuse primaire, présentée par lui comme impossible dans le texte principal. Tout d'abord il dit dans la description de la genèse des pustules :

« Ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'on est autorisé à admettre que le pus s'est rassemblé immédiatement comme tel sous l'épiderme, processus qu'il faut en général regarder comme métastatique », page 643, et plus tard : « ces pustules ne se distinguent nullement, de celles ayant une autre origine, par leur aspect extérieur, mais seulement par leur apparition en quelque sorte subite, en effet elles ne procèdent pas d'autres efflorescences antérieures » (p. 653).

En réalité, pour être conséquent avec lui-même, Hebra avait dû laisser ou attribuer de nouveau à ses pustules « métastatiques » le nom : d'impétigo ou d'ecthyma. Dans un deuxième cas il l'a réellement fait, quand il introduisit dans la science l'impétigo herpétiforme, comme maladie pustuleuse *sui generis*. Il dit dans l'appendice consacré à cette affection : « La maladie ne détermine pas de vésicules... Mais elle apparaît sous forme de pustules »... page 655.

Si, dans ce cas, un doute quelconque pouvait subsister que ces pustules apparaissent réellement comme telles sans être précédées d'autres efflorescences, Hebra est sous ce rapport plus tard complété par Kaposi qui, dans son plaidoyer en faveur de l'impétigo herpétiforme contre Duhring, dit expressément en lettres italiques :

« Dans l'impétigo on voit apparaître des vésicules purulentes dès le début et celles qui se produisent pendant le cours tout entier

de la maladie sont toujours de même nature ». (*Vierteljahrsschr. f. Derm. u. syphilis*, 1887, p. 277).

On revenait ainsi à peu près au point de départ d'Erasmus Wilson au début de sa carrière.

A cet égard aucun doute ne peut exister ; si on apprécie Hebra non d'après ses discours, mais d'après ses actes, lui aussi a contribué pour sa part, en décrivant des « pustules métastatiques » qui s'écartent des autres par leur structure et « l'impétigo herpétiforme », à fonder la doctrine des maladies bulleuses purulentes primaires de la peau. Mais sa polémique a exercé une grande influence en ce que la plupart des livres publiés jusque dans ces derniers temps passent sous silence l'impétigo et que même ceux qui le décrivent dans ses points principaux comme maladie indépendante, ne peuvent s'empêcher de le rattacher tout à fait à tort à l'eczéma. Ainsi Bohn insiste sur ce point que l'impétigo ne consiste qu'en pustules et que l'éruption apparaît immédiatement comme pustules, mais il explique d'autre part qu'il « dépend sûrement » de l'eczéma. De plus, il le divise en impétigo sparas et figurata, d'après Willan, preuve évidente qu'il n'a pas vu clairement, pas plus que jadis Erasmus Wilson, la différence fondamentale qu'il y a entre les pustules d'impétigo psydraciées de Willan, mêlées à des bulles, poussées sur un terrain eczémateux et son propre impétigo.

Et il était donc réservé à Bockhart de donner en 1887, dans un travail court mais substantiel, en s'appuyant sur ses expériences personnelles d'inoculation, la preuve que l'on ne peut plus actuellement nier par simple décision autoritaire qu'il y a une maladie pustuleuse indépendante, provoquée par le staphylocoque blanc et jaune et qui se distingue par une série de symptômes spécifiques des eczémas ainsi que des autres maladies pustuleuses (impétigo herpétiforme) (1).

Koch (1881) formula les postulats de recherche étiologique et clinique de toutes les maladies infectieuses et les expliqua par des exemples ; Ogston, mais surtout Rosenbach, trois ans plus tard, élucidèrent dans le même sens l'étiologie de la suppuration pour beaucoup de cas ; en 1885, des expériences d'inoculation de Garré fournirent la preuve de la naissance des furoncles par l'autoinoculation de cocci du pus sur la peau : après cela, il ne fallait plus qu'un dermatologiste, familiarisé avec les méthodes de la pathologie moderne, pour établir l'existence d'une maladie bulleuse purulente indépendante, provoquée par les cocci du pus. Mais Bockhart a fait plus encore. En revendiquant les droits d'une maladie connue depuis longtemps, en opposition au véto de l'autorité dermatologique encore prépondérante, il réunissait en même temps à celle-ci deux autres affections jusqu'alors méconnues et isolées, la furoncu-

(1) *Bockhart* Ueber die Ætiologie und Therapie der Impetigo, des Furunkels und per Sykosis. *Mont. f. prakt. Dermatologie,* 1887,p. 450.

lose et le sycosis coccogène. On éclairait ainsi d'un coup d'une manière satisfaisante les rapports cliniques, depuis longtemps pressentis entre ces trois affections de la peau, et l'étiologie qui éclairait pour la première fois, depuis l'époque des inoculations de la gale et du favus, le domaine de la dermatologie projetait aussitôt sa clarté sur les districts les plus éloignés de notre science. Il suffit de rappeler seulement le zoster et la variole, la gale et l'acné, les syphilides et la tuberculose de la peau avec leurs suppurations, enfin la sécrétion puriforme de certains eczémas, autrefois appelés impétigineux, pour montrer combien de questions importantes s'élevèrent immédiatement dans presque toutes les dermatoses inflammatoires et combien il fallut reviser sérieusement les opinions qui les concernaient dans les détails comme dans l'ensemble, rien qu'en se plaçant au point de vue des agents purulents spécifiques dont l'existence est incontestable. Aussi l'étude constante de ces questions et de celle des nombreuses infections mixtes de la peau, en général, ne s'est plus arrêtée chez les dermatologistes sérieux depuis le travail de Bockhart. Le futur historiographe des luttes actuelles contre les dogmes nombreux et surannés de l'école d'Hebra, qui pourtant ont toujours pour nous une sorte d'infaillibilité. aura sans doute à citer, comme premier fait de cette lutte. le système d'Auspitz, lequel a trouvé un écho dans l'ouvrage d'Hebra junior, et comme deuxième le mémoire de Bockhart qui a fait époque sans grand éclat.

Malheureusement le résultat que nous aurions dû trouver dans une compréhension plus exacte des maladies simplement purulentes de la peau n'est jusqu'à présent que de peu d'importance. Mais ceci ne provient pas, selon Unna, de ce que les dermatologistes manquaient d'ardeur au travail ou ne possédaient pas suffisamment les méthodes nécessaires, mais avant tout de ce que le terrain solide de la pathologie expérimentale sur lequel se tenait Bockhart, n'était pas le terrain clinique auquel on était habitué. De même qu'une friction de culture pure se distingue des petites lésions accidentelles auxquelles nous devons les impétigines et les furoncles de la vie ordinaire, on doit nécessairement placer, à côté du protocole des expériences, la recherche de détail et la comparaison du tableau clinique faite à l'aide de cette expérimentation, si l'on veut que cette dernière continue de porter de bons fruits. Avant de pouvoir songer à étudier avec succès le rôle des suppurations dans d'autres dermatoses, il nous a d'abord fallu reconnaître comment les impétigines, qui surviennent habituellement, se comportent vis-à-vis d'autres produits purulents ou semblables à du pus ; il nous a fallu indiquer ces criteriums cliniques et histologiques exacts pour eux. Et c'est ici que l'auteur a trouvé des difficultés tout à fait inattendues, pour lui du moins.

La plupart des petites pustules, à rougeur inflammatoire, en apparence simples, qu'il a eu l'occasion d'examiner dans ces dernières années, et qui provenaient de personnes d'ailleurs saines ou atteintes de furonculose, de sycosis ou d'acné pustuleuse, et de cadavres, présentaient des caractères histologiques très différents et par conséquent non typiques, bien qu'on pouvait encore, dans bon nombre de cas, cultiver des cocci du pus. Mais ceci résulte évidemment de ce que, à cette époque, je faisais trop facilement le diagnostic d'impétigo. De petites croûtes à imbibition séreuse, jaune intense, peuvent faire l'impression d'efflorescences purulentes ; il en est de même de toute espèce de nécroses punctiformes de l'épithélium et de la couche du derme la plus rapprochée, telles qu'on les rencontre souvent sur des cadavres, principalement d'enfants ; il faut y ajouter encore les véritables impétigines qui, traitées autrefois avec les antiseptiques ou les caustiques, paraissaient normales mais histologiquement ne correspondent nullement aux pustules d'expérimentation. L'année dernière seulement, à l'aide d'un matériel d'impétigo considérable, qui provenait de trois cadavres (un adulte et deux enfants), j'ai pu faire cesser d'un coup tous les doutes antérieurs. Dans ces conditions, peut-être à la suite de développements ou de frottements dans des cas de furoncles certains, il était survenu des éruptions étendues de bulles purulentes de tout calibre, qui correspondaient non seulement macroscopiquement aux pustules d'expérimentation mais dont chacune isolément constituait un foyer de staphylocoques. Or l'examen histologique fit reconnaître des tableaux absolument concordants, de sorte que rien n'était plus facile que d'esquisser d'après cela le type de l'impétigo.

Aussi n'est-ce que depuis cette époque que j'ai réussi, dans la pratique journalière, à distinguer sûrement dans chaque cas l'impétigo de Bockhart des nombreuses efflorescences plus ou moins analogues et de prédire le résultat de l'examen bactériologique et histologique.

A la suite de ces expériences, je donne ici le tableau clinique.

Là où dans des détails peu importants, ce tableau s'éloigne de celui tracé par Bockhart il peut se faire que la différence tienne à la diversité de l'objet (ici, pustules accidentelles ; chez Bockhart, pustules d'expérimentation).

La grosseur des pustules est très variable ; il n'y a pas de grosseur typique. Les plus petites représentent un petit point jaune, visible à la surface, brillant à travers la couche cornée ; d'autre part on peut voir des impétigines de 2 à 3 centim. de diamètre. La plupart ont le volume d'un grain de poivre à celui d'une lentille.

Les pustules ont en général une forme arrondie, mais les plus petites seules sont régulièrement orbiculaires. Les plus grosses sont le

plus souvent ovales ou en forme de pois et présentent fréquemment sur le bord de tout petits prolongements dentelés. Elles forment, au début, des saillies aplaties, punctiformes, comme si la couche cornée avait été un peu soulevée avec une épingle mousse ; de ce point moyen la couche cornée descend sans interruption et à pente douce dans les parties adjacentes normales. Mais à mesure que les pustules dépassent un millim. de diamètre, ce tableau change et on voit apparaître la pustule d'impétigo sous la forme qui la caractérise principalement, à savoir d'une goutte posée sur la peau. Sans augmenter en largeur dans la même proportion la pustule s'élève en effet maintenant de plus en plus sur la surface cutanée environnante, jusqu'à ce que sa hauteur ait atteint environ 1/2 à 3/4 du diamètre longitudinal. Arrivée à cette hauteur elle persiste, si elle n'est pas détruite — presque jamais elle ne se rompt spontanément — jusqu'à dessiccation. Si les bulles purulentes s'étendent encore en surface dans des conditions particulièrement favorables, la hauteur croît aussi dans une certaine proportion, de sorte que les bulles purulentes de 2 centim. de diamètre ont ordinairement 1 centim. de hauteur.

Donc, tandis que l'efflorescence isolée n'a pas une grosseur typique, mais seulement une grosseur moyenne, il existe un rapport entre la circonférence et la hauteur qu'il faut attribuer à ce que l'extensibilité de la couche cornée détermine en partie les rapports de grosseur des bulles. C'est pour ce motif que l'on trouve les impétigines les plus élevées dans une couche cornée particulièrement délicate, chez les enfants par exemple ; les plus aplaties dans les cas où elle est plus dense, comme à la paume des mains.

Au début, la coloration est jaune soufre clair, elle se transforme, lorsque la pustule persiste longtemps, en jaune vert, couleur du pus d'un vieil abcès. En commençant, le contenu n'est pas transparent ; pour peindre des impétigines il faut se servir de gouache. Quelques pustules, il est vrai, sont plus transparentes, leur contenu séreux, surtout immédiatement au-dessous de l'enveloppe de la pustule. Puis elles prennent un aspect semi-transparent, jaune cireux ; de petites pustules de ce genre peuvent donner l'impresssion de gouttes de cire fondues tombées sur la peau. Cette transformation secondaire est toujours un signe, que, à l'intérieur de la pustule, le processus de suppuration est arrêté et a fait place à une exsudation séreuse.

La surface des pustules est unie, au début, comme une tente très aplatie, légèrement tendue. Puis avec son accroissement rapide en hauteur elle prend la forme d'une boule et est plus fortement tendue. Une pression extérieure peut enfoncer complètement la pustule dans la profondeur, mais l'enveloppe de la pustule reparaît immédiatement par tension élastique après la cessation de la pression. Si la pustule persiste quelques jours sans accroissement ultérieur, l'enve-

loppe de la pustule se ride par l'évaporation de l'eau. La surface est alors un peu aplatie et déprimée en quelques points, tandis que les portions latérales de l'enveloppe se soulèvent encore à pic. Mais la pustule d'impétigo n'est jamais ombiliquée. Il lui manque, comme le montre l'examen histologique, tous les processus qui provoquent d'ordinaire l'ombilication.

L'enveloppe de la pustule d'impétigo est mince et quand elle se détache elle a l'aspect d'une couche cornée pure qui, tendue auparavant d'une façon anormale, s'enroule facilement. Il n'y a pas d'adhérences des portions de la couche épineuse. Macroscopiquement, la couche cornée n'est pas modifiée.

Le contenu de la pustule est une simple et pure goutte de pus, et là où plus tard il se fait une exsudation séreuse dans la pustule, le pus forme un sédiment; on a alors une couche supérieure séreuse et une couche inférieure crémeuse. La pustule est toujours non cloisonnée.

La base de la pustule est, après l'écoulement du contenu, constamment blanche avec une teinte légèrement jaunâtre ou verdâtre. On peut même essuyer doucement le fond sans qu'une hémorrhagie ait lieu; le corps papillaire sous la pustule est manifestement aplati et uni.

L'inactivité du pourtour de la pustule est un de ses symptômes les plus caractéristiques. Dans bon nombre de cas il n'y a pas de liséré rouge. Dans ceux où il existe il est toujours étroit, faible et irrégulièrement injecté. Parfois la rougeur du bord est tachetée, on croit alors avoir affaire à des dilatations de quelques gros vaisseaux. Jamais une zone considérable de capillaires dilatés ne constitue un attribut nécessaire des pustules d'impétigo. Mais des phénomènes inflammatoires intenses, de l'œdème et une base dure d'infiltration indiquent sûrement des complications (dermatites, eczémas) ou révèlent des pustules d'une autre nature.

La marche des pustules a toujours un caractère particulier; elle a une courbe qui s'élève rapidement et descend ensuite très lentement. Les pustules se forment si promptement — de 6 à 12 heures, — qu'on est presque toujours surpris par la formation d'impétigines finales qui ont pour la plupart atteint leur grosseur définitive. On trouve ensuite, il est vrai, presque constamment au voisinage des pustules finales un certain nombre de pustules plus jeunes, en voie de formation. Pendant quelques jours elles restent presque sans modifications, dans le cas où il ne survient pas de complications. Seulement, comme il a déjà été dit, chez la plupart d'entre elles, la coloration devient un peu plus jaune verdâtre, chez d'autres plus transparente et quelques-unes s'affaissent un peu. Ensuite la dessiccation commence. Pendant un court laps de temps le petit abcès présente une teinte verdâtre à travers l'enveloppe tout à fait blanc mat; puis elle

se dessèche en une croûte cornée brunâtre, unie, sous laquelle le contenu n'est désormais plus visible. Quand cet abcès, dans la période de réparation, est poussé vers le haut et se dessèche aussi, alors l'enveloppe de la pustule, le contenu et quelques couches desséchées du fond de la pustule forment une croûte épaisse qui n'adhère que légèrement à la peau et se détache d'ordinaire bientôt. Cette croûte se trouve d'abord dans une dépression épidermique très plate, semblable à un ombilic, laquelle s'égalise très rapidement. Jamais les impétigines simples, non compliquées, ne laissent de cicatrices. La dessiccation complète de chaque pustule dure de 2 à 15 jours suivant les circonstances extérieures (traitement, localisation, humidité primitive, complications) ; la durée de la maladie tout entière peut encore être moins exactement déterminée. Comme de nouvelles pustules ne naissent jamais que par inoculation du dehors, leur répartition dans le temps et sur le corps ne dépend que du mode d'infection et de la fréquence des occasions d'infection. Elles sont presque toujours disséminées, souvent si loin, que le transport par les ongles, etc., peut seul expliquer leur localisation.

Elles sont réparties d'une manière très uniforme sur le tronc, par les frottements et les enveloppements. Des parties de vêtements qui serrent et qui frottent, des emplâtres, des pansements avec des pommades, des cataplasmes favorisent les localisations en foyers. Le grattage détermine dans certaines conditions une marche en forme de traînées, comme le fil de platine sur des cultures d'agar. Des infections sur une grande échelle peuvent occasionner subitement des éruptions généralisées, semblables à des exanthèmes aigus, qui sont alors facilement attribuées à des causes internes, des métastases ; d'ailleurs les pustules métastatiques de Hebra ont dû être en grande partie des impétigines vraies. Elles ont habituellement une marche chronique favorisée par des surinoculations répétées.

Certaines localisations spéciales modifient légèrement ce tableau. Ainsi à la face, principalement chez les petits enfants, les impétigines ont d'ordinaire une aréole rouge un peu plus prononcée et plus large, elles se distinguent aussi par leur évolution plus rapide. Au niveau des poils épais de la barbe et du creux axillaire leur grosseur est presque toujours la même, elle correspond à l'orifice élargi du follicule pilaire ; ces petites pustules ne sont jamais ombiliquées, mais étendues en forme de tente sur le poil qui les traverse (1). A la paume des mains et à la plante des pieds les impétigines sont exceptionnellement rares ; elles forment des bulles d'exfoliation jaune verdâtre, transparentes, aplaties, souvent nullement proéminentes qui en s'ouvrant tardivement provoquent souvent de larges décollements de la couche cornée

(1) Il faut distinguer ces pustules du sycosis complet de ces poils, bien qu'elles puissent en être le précurseur.

de ces régions. Sur le cuir chevelu et à la nuque il survient de véritables impétigines tout aussi bien et aussi fréquemment, que bon nombre d'autres affections croûteuses que l'on confond encore aujourd'hui avec elles. Le peigne les déchire souvent, mais elles ne collent pas les cheveux aussi facilement que les eczémas et autres affections à sécrétion principalement fibrineuse. La plupart des croûtes qui enchevêtrent fortement les cheveux ne sont donc certainement pas des impétigines, du moins non compliquées et il serait bon pour cette raison de donner avec précaution dans l'avenir le qualificatif d' « impétigineux » dans les affections humides de la tête. Il est aussi inutile que nuisible de désigner l'état croûteux dans ces affections uniquement par le mot « impétigineux » ; la couleur jaune des croûtes n'est jamais une preuve de suppuration et c'est seulement dans les cas où du pus pur se conserve sous les croûtes et où, après leur enlèvement, il survient un furoncle qu'il faut penser que la croûte provient d'une pustule d'impétigo, ce que confirme ensuite fréquemment l'existence dans le voisinage d'impétigines vraies pures, jaunes ou vert jaune. Il est invraisemblable que les pédiculi du cuir chevelu soient en rapport avec l'étiologie de l'impétigo par le transport du pus, puisqu'ils se tiennent pour la plupart dans les cheveux au-dessus de la surface cutanée. Par contre ils contribuent indirectement au transport par le grattage qu'ils provoquent.

Les sensations subjectives de l'impétigo sont si faibles que de nombreux adultes ne se doutent pas de l'existence de quelques impétigines sur leur corps. Avant tout, elles ne déterminent pas de prurit comme les eczémas ; les plus volumineuses occasionnent tout au plus une tension douloureuse. Par conséquent elles ne sont presque jamais grattées intentionnellement ; mais cet acte si important pour l'expansion a lieu par suite d'autres dermatoses prurigineuses ou inconsciemment par des vêtements, des instruments tels que des peignes, des linges de toilette, etc.

Dans cette caractéristique il y a déjà de si nombreux éléments diagnostiques que je peux bien renoncer à un diagnostic différentiel, d'autant plus qu'il ne pourra se faire sérieusement que dans l'avenir avec l'aiguille de platine et le tube de gélatine. Comme conclusion je m'adresse à l'histologie qui est presque plus caractéristique et plus intéressante que le tableau macroscopique.

Je crois ne pas me tromper en admettant que, vous comme la plupart de mes confrères avec lesquels je me suis entretenu de cette question, vous représentiez le tableau microscopique d'une pustule tout autrement qu'il n'est réellement. Nous sommes tous si bien de l'école de Cohnheim que nous regardons involontairement les vaisseaux dilatés situés au bord et manteau de leucocytes comme le point central de toute suppuration, par conséquent aussi de la vésicule du pus.

Et celui-là seul qui est habitué à voir le processus de la suppuration sous un jour nouveau, grâce à l'étude du très intéressant ouvrage de Leber sur l'inflammation ou des travaux de Pfeffer sur la chémotaxie, se retrouvera immédiatement dans les tableaux suivants :

La pustule d'impétigo, en un mot, n'est rien autre qu'une quantité de pus en forme de lentille située sous la couche cornée, entre celle-ci et la couche épineuse intacte. Entre la couche cornée et la pustule il y a, en allant du centre à la périphérie, diminuant en général de masse, les petits amas de cocci du pus en forme de grappes. Ici nous les trouvons à coup sûr, tandis qu'au milieu des masses de pus elles-mêmes, ils n'apparaissent qu'isolémentet seulement de temps en temps en grandes proportions et exceptionnellement ; dans la couche épineuse, à la base de la goutte de pus ils n'existent pas du tout, encore moins dans le derme, où à priori on serait tout disposé à les placer.

Les cocci du pus provoquent donc immédiatement autour d'eux un manteau de pus, quand ils sont comprimés par une couche cornée basale.

Les leucocytes arrivent rapidement jusqu'à eux et en triomphant de toutes les résistances qu'offre la couche épineuse normale ; ils les enkystent et les maintiennent déjà au-dessous de la couche cornée. Il n'est pas question là d'une pénétration des cocci dans la couche épineuse, moins encore dans le tissu conjonctif vasculaire.

Par suite les phénomènes inflammatoires dans les vaisseaux capillaires sont peu importants, souvent tout à fait nuls. En dehors d'une légère dilatation on ne peut constater d'ordinaire qu'au centre quelques capillaires dont émigrent des leucocytes et cette émigration n'a jamais lieu en grande quantité. De même la couche épineuse qui limite en bas les gouttes de pus n'est nullement, comme on le supposerait, traversée en abondance et uniformément de cellules migratrices. Celles-ci doivent avoir pénétré par des voies détournées (1). La goutte de pus s'est manifestement formée par une émigration de leucocytes des capillaires superficiels, très faible en elle-même mais cependant suffisante par sa durée et sa constance.

On trouve par conséquent constamment la goutte de pus, mais les phénomènes vasculaires, il faut les chercher et finalement on les rencontre aussi, mais manifestement pas en proportions quantitatives au résultat, à savoir, l'abcès de l'épiderme. Nous devons évidemment voir le paradigme de ce tableau histologique moins dans les recherches de Cohnheim sur le mésentère de la grenouille que dans les expériences avec des verres, au fond desquels se trouve une substance attirant le pus et qui, plongée dans l'hypoderme ou dans la chambre antérieure, se remplissent de pus, qui afflue de loin. La goutte de pus de

(1) Elles arrivent entre autres souvent en grande quantité par les canaux des glandes sudoripares qui s'ouvrent dans les bulles de pus.

l'impétigo correspond très exactement au bouchon de pus de ces petits verres. Après les expériences de Leber sur l'œil du lapin il n'y a aucune confirmation plus énergique et plus belle, que ces tableaux d'impétigo, de la chémotaxie qui dans la suppuration doit entrer en ligne de compte comme facteur principal.

Je n'ai jamais trouvé de nécrose de l'épithélium voisin dans l'impétigo simple non compliqué, par contre souvent dans les cas d'impétigo déjà traités. L'avenir décidera si les staphylocoques provoquent jamais, dans la couche épineuse, comme dans la cornée, une zone nécrobiotique avec des leucocytes formant une ligne saillante de démarcation, ce qui ne serait pas impossible dans des conditions spéciales d'infection. Dans l'intérêt de la pureté du tableau clinique il faut être très prudent précisément sous ce rapport. Les processus que j'ai observés à la base de la pustule se rapportent, outre l'enkystement de la goutte de pus par kératinisation avec division des cellules dans les impétigines anciennes, à cette transformation séreuse secondaire de la bulle de pus accompagnée d'une tuméfaction des épithéliums de la base, tuméfaction qui a lieu, quand après la mort des cocci l'exsudation continue encore, mais qui perd ensuite son caractère purulent et devient séreuse.

Je renonce à pénétrer ici plus avant dans le détail histologique, d'autant plus que je compte y revenir dans un autre endroit. Ce n'est qu'en ce qui concerne quelques questions controversées au point de vue scientifique et quelques conséquences pratiques que je voudrais préciser encore le point de vue qui se dégage de mon examen histologique.

La naissance des furoncles par les impétigines est un processus aussi simple que celui de l'impétigo lui-même. Ici je suis cependant obligé de me séparer un peu de Bockhart qui considère les follicules. et d'Escherich les glandes sudoripares comme siège de l'abcès, en ce qui concerne les prétendus abcès des nouveau-nés. Les furoncles ne consistent pas nécessairement en follicules suppurés, bien que ces derniers aient presque toujours servi de point de départ. Mais les glandes sudoripares ne sont constamment atteintes que d'une manière secondaire par la suppuration, et — comme ancien partisan de la théorie des glandes sudoripares, cela me fait presque de la peine d'avoir à le dire — elles ne sont jamais la porte d'entrée, le point de départ des furoncles et des abcès, pas même autant que j'ai pu le constater chez les nouveau-nés.

De plus, je suis obligé de mettre en doute, d'après mes expériences personnelles, l'existence d'impétigines « métastatiques » dans le sens d'Hebra. Pour mes cas d'impétigines, dans des maladies infectieuses à évolution fatale, j'ai trouvé les cocci dans et sous la couche cornée, et jamais sous forme d'embolies vasculaires. Et même, dans une

ancienne préparation d'impétigo dans la pyémie que j'avais conservée depuis des années avec un certain respect, j'ai récemment pu constater encore, par transformation de la coloration, des cocci — non comme je le pensais, dans les vaisseaux, mais dans les débris d'un follicule de poil lanugineux. Ce mode externe d'infection aurait sans doute semblé à Hebra, s'il l'avait connu, plus congénial que son hypothèse des métastases, qui chez lui ne figure évidemment que comme expédient.

Je voudrais encore appeler l'attention sur un point important : que la couche cornée recèle au-dessus de nombreuses impétigines de telles quantités de staphylocoques ordinairement pures, sans connexion avec beaucoup de bactéries d'ailleurs fréquentes, qu'il est facile de comprendre comment il arrive que des influences tout à fait légères, une friction, un cataplasme chaud, un enveloppement humide, imperméable, provoque des récidives même après une guérison apparente de l'impetigo. D'autre part on se rendra encore compte pourquoi les maladies impétigineuses se prolongent si longtemps, principalement à la face car je regarde en général comme impossible une stérilisation certaine de l'épiderme en une fois, allant jusqu'à la couche cornée basale, par des remèdes externes non caustiques. On réussit surtout à guérir radicalement les cas anciens par des procédés qui imitent la stérilisation non continue des terrains de culture.

Enfin je voudrais encore indiquer comme un des résultats de mes recherches, que je n'ai rencontré à aucune période dans les impétigines nées spontanément les staphylocoques à l'intérieur des leucocytes. Les cocci qui en général formaient des colonies en grappes étaient toujours entourés par des leucocytes morts in vivo, qui se coloraient mal, mais ils ne paraissent pas les pénétrer ici comme l'ont dit plusieurs observateurs pour d'autres maladies purulentes. Du moins M. le D[r] Walker qui, dans mon laboratoire, a fait des préparations en traînées d'impétigines récentes pour contrôler mes préparations sur coupes, n'a pas réussi d'une façon certaine. Si donc ce fait se produit dans les impétigines ce doit être une exception.

Je termine par ces courtes remarques ma description de l'histologie de l'impétigo. Il en résulte indubitablement que j'ai bien le droit de parler ici d'abcès vrais de l'épiderme et que j'ai également le devoir, avec l'uniformité histologique complète de toutes les efflorescences qui correspondent au tableau clinique exposé ci dessus, de maintenir ce syndrome histologique et clinique comme type de l'infection purulente de l'épiderme.

Mais ceci admis, il en résulte qu'une grande quantité de pustulations, que j'ai soupçonnées dans ces derniers temps comme ayant la même genèse, mais qui présentent un aspect histologique tout à fait différent, devraient être tout d'abord complètement séparées des

impétigines vraies. Je serai autorisé à leur attribuer, jusqu'à ce qu'on ait fourni la preuve d'un rapport étiologique, uniquement le qualificatif de « pustuleux », mais non d' « impétigineux ».

C'est ainsi que je suis arrivé par exemple dans ces derniers temps à limiter de plus en plus l'infection mixte avec des cocci de pus dans la tuberculose ainsi que dans les syphilides de la peau. Je ne vais pas jusqu'à demander que mon tableau histologique des impétigines doive se répéter exactement dans les infections purulentes mixtes de la peau. Tout au contraire il faudra s'attendre là aussi à des modifications dans les caractères histologiques. Mais la simple constatation par culture de cocci de pus dans ces tableaux qui me paraissait auparavant concluante pour admettre une infection mixte, par exemple dans le scrofuloderme, ne me suffit plus aujourd'hui. Il ressort de l'anatomie de l'impétigo et du furoncle ce fait capital que les cocci du pus s'entourent constamment dans l'épiderme ainsi que dans le derme d'un rempart de leucocytes qu'ils ne dépassent pas. On ne rencontrera par conséquent de staphylocoques vivaces sans rempart de leucocytes dans la peau qu'à l'intérieur de la couche cornée ou des gaines des poils, où ils peuvent même se multiplier jusqu'à un certain degré sans provoquer de suppuration. Par contre dans la couche épineuse et le derme on peut, en l'absence d'abcès miliaires, exclure sûrement aussi la présence des staphylocoques pyofores.

Le siège exclusif sous la couche cornée, la couleur du pus, l'absence de cloison et d'ombilic, l'apparition rapide et la dessiccation simple, lente, sans ouverture spontanée de bulles et sans sécrétion consécutive se coagulant, le manque d'aréole et de base inflammatoires, d'une vésicule séreuse au début, de sensations subjectives et de cicatrices ultérieures, de grosseur et de localisation typiques caractérisent l'impétigo provoqué par le staphylocoque blanc et jaune, à ce point qu'il est impossible de le méconnaître quand il survient sans complications. Mais on peut se demander si, en dehors des staphylocoques connus, il n'existe pas d'autres organismes pyofores pouvant provoquer des bulles de pus tout à fait semblables ou analogues. En réalité je crois que certains streptocoques et d'autres bactéries occasionnent également des abcès de l'épiderme semblables à ceux décrits ci-dessus. Dans une de mes plus prochaines études je tâcherai de les étudier et de les séparer cliniquement, s'il est possible, et de démontrer les modifications que les infections mixtes impriment à l'impétigo d'origine purement staphylococcique. Il est probable qu'il faudra élargir l'impétigo de Bockhart en une conception générique qui comprendra tous les abcès de l'épiderme en tant qu'ils sont provoqués par des organismes pyofores. Alors on désignerait plus exactement notre impétigo sous le nom d'impétigo staphylogène.

A. Doyon

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 MAI 1892.

Présidense de M. Lailler

SOMMAIRE. — A l'occasion du procès-verbal : Folliclis et acnitis, par M. Barthélemy. — Sur un cas d'urticaire chronique, début probable d'un prurigo de Hebra, par MM. Hallopeau et Barrié. (Discussion : MM. Hardy, Besnier, Vidal.) — Lupus tuberculeux de la face amélioré par des injections hypodermiques d'eugénol. (Discussion : M. Vidal.) — Gale anomale due au sarcopte du cheval par M. E. Besnier. — Sur la production de cicatrices dans l'urticaire pigmentaire, par M. Hallopeau. — Recherches sur la parasitologie de l'éléphantiasis nostras, par M. Sabouraud. — Lésions lupiformes de la face, d'aspect farcineux, par M. Hudelo. (Discussion : MM. Fournier, Besnier, Darier.) — Étude des prurigos diathésiques (dermatites multiformes prurigineuses chroniques exacerbantes et paroxystiques, du type du prurigo de Hébra), par M. Ernest Besnier. (Discussion : MM. Vidal, Besnier, Baudot, Brocq.) — Herpès gestationis. Dermatite polymorphe prurigineuse, récidivante de la grossesse, par M. Bataille. (Discussion : MM. Besnier, Brocq, Vidal.) — Trichophytie plantaire greffée sur un eczéma, par M. Djélaleddin-Moukhtar (de Constantinople).

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL.

Folliclis et acnitis.

Par M. Barthélemy.

Hier seulement j'ai pu prendre connaissance de quelques critiques qu'en mon absence, notre collègue, M. Dubreuilh, après M. Pollitzer, a formulées au point de vue histologique, sur un travail que j'ai fait au point de vue clinique.

Par la lecture des observations, il est facile de se rendre compte de la différence que je crois exister entre les deux affections pour lesquelles j'ai proposé les dénominations de *Folliclis* et d'*Acnitis*. Pour ma part, il me semble impossible d'admettre que ces formes soient, non seulement englobées l'une dans l'autre, mais même rapprochées ou considérées comme des variétés voisines d'une seule et même affection.

A la rigueur, ce qu'ont dit M. Dubreuilh et d'autres, peut s'appliquer à la folliclis mais nullement à l'acnitis, dermatose à éléments disséminés, généralisés, ayant une marche sinon aiguë, du moins rapide, etc.

Mais je demande à insister sur ce fait que c'est de la clinique, non de l'histologie que j'ai voulu faire. J'ai tenté, parmi les folliculites, de distinguer diverses formes jusque-là confondues.

C'est le genre folliculites que j'ai voulu rappeler par le terme de folliclis, dans ce cas, il y avait des lésions des coudes, des poignets, des bras et des oreilles.

Dans la dermatose pour laquelle je propose le nom d'acnitis je rappelle que certains éléments étaient développés sur les paupières, et même sur les lèvres ; il me semble que l'expression peut être conservée ; tout au moins, je n'en ai pas jusqu'ici rencontré de meilleure pour caractériser les faits que j'ai observés et que j'ai essayé de décrire dès 1881 où j'en publiais une première observation dans les *Annales de Dermatologie*. Qu'il me soit permis de rappeler que c'est avec l'*acné*, et avec l'acné seulement que *cliniquement* la confusion existait. Peut-être puis-je faire appel aux souvenirs de MM. Fournier et Besnier et en tout cas renvoyer à la principale observation de mon mémoire qui était primitivement intitulée « acné nodulaire ».

C'est le diagnostic qui avait été porté avec *réserve*, pour marquer que c'était de cette affection que la dermatose en question se rapprochait le plus au contraire, le cas de folliclis portait le titre de hydrosadénites agminées et chroniques.

Je me propose de revenir ultérieurement sur le diagnostic différentiel de ces diverses dermatoses, mais j'espère qu'il me sera permis de faire dès aujourd'hui les réserves précédentes.

Note sur un cas d'urticaire chronique, début probable d'un prurigo de Hebra.

Par HALLOPEAU et BARRIÉ.

Le petit malade que nous avons l'honneur de présenter peut, au premier abord, être considéré comme banal : c'est, selon toute vraisemblance, un cas de prurigo de Hebra succédant, comme il est de règle, à une urticaire chronique ; il présente cependant quelques particularités qui nous paraissent mériter l'attention. Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

J. M..., âgé de 2 ans se présente le 28 mars à notre consultation.

Depuis sa naissance, il est sujet à des poussées d'urticaire qui durent quelques heures et disparaissent sans laisser de trace.

Il y a un mois 1/2, sans cause appréciable, la maladie a changé de caractères. Il s'est produit sur le ventre et le dos une éruption papuleuse qui n'a pas tardé à se généraliser. Les démangeaisons étaient très violentes et empêchaient le sommeil. Le malade fut considéré et traité comme atteint de la gale. Après la frotte, les démangeaisons parurent diminuer un peu, mais l'éruption persiste.

Le 28 mars 1892, elle occupe toutes les parties du corps ; elle ne présente pas partout les mêmes caractères.

Au tronc, existent de petites papules d'aspect lichénoïde dont le sommet excorié est en quelques points représenté par une croûtelle ; un certain nombre d'entre elles sont entourées de taches pigmentaires qui ne s'effacent pas sous la pression du doigt.

D'autres papules planes, luisantes, polygonales ressemblent à des papules de lichen plan. Le plus souvent isolées les unes des autres sont par places réunies en série.

Aux bras et aux avant-bras, les lésions sont à peu près identiques.

Aux mains, les faces dorsales et palmaires sont atteintes et il est à remarquer qu'à ce niveau, outre les papules lichénoïdes, on constate en certains points de petites vésicules, première apparition de l'eczéma qui dans les cas invétérés vient compliquer cette dermatose.

Aux membres inférieurs les lésions sont identiques, mais les papules y présentent des dimensions un peu plus considérables et atteignent le volume d'un grain de chènevis. La plante des pieds est respectée.

A la verge, existent quelques papules ressemblant à celles du lichen plan.

A la face, les papules sont peu nombreuses, sauf au niveau du front.

En plus de ces lésions lichénoïdes, il existe des papules ortiées typiques.

L'état général est excellent. Le seul trouble qui cause l'éruption est un prurit quelquefois très intense.

On voit que, chez ce malade, on peut, pour ainsi dire, prendre sur le fait la genèse des papules de prurigo aux dépens des plaques ortiées ; l'urticaire ne peut être considérée ici comme une simple cause prédisposante : c'est la même dermatose qui se manifeste, d'abord sous la forme d'urticaire, puis sous celle de prurigo ; les papules se produisent, dans les premiers temps de la maladie, aux dépens des plaques ortiées sous l'influence du grattage qu'elles provoquent ; plus tard, le même grattage se produit et amène le développement des mêmes papules, sans l'intermédiaire des plaques d'urticaire. Nous ignorons quelle est la cause prochaine des sensations prurigineuses qui provoquent ce grattage : il peut s'agir d'une névrose ; l'hypothèse d'une auto-intoxication donnant lieu à la formation de produits qui excitent les nerf sensitifs de la peau en s'éliminant peut également être soutenue.

Deux particularités nous paraissent surtout devoir être signalées chez cet enfant : nous voulons parler des macules qui entourent nom-

bre de papules de prurigo et de l'analogie que présentent les éruptions lichénoïdes concomitantes avec celles du lichen plan.

On peut supposer, sans invraisemblance, que ces macules sont consécutives aux plaques ortiées, car il résulte d'une observation de Deligny que ces éruptions, en dehors de la maladie appelée urticaire pigmentaire, peuvent laisser à leur suite des troubles durables de la pigmentation. Ces macules représentent le début de la pigmentation qui accompagne les cas invétérés de prurigo : leur disposition à la périphérie des papules de prurigo montre en toute évidence qu'elles leur sont subordonnées.

L'analogie des petites papules planes, luisantes, polygonales qui ont été notées chez notre malade avec celles du lichen plan nous paraît telle que le diagnostic pourrait rester hésitant si on n'avait qu'elles sous les yeux. Ces éléments sont dus à un mode spécial de réaction de la peau sous l'influence du grattage, chez un sujet prédisposé : c'est à juste titre que M. Brocq les considère comme des lichénifications secondaires. Cela peut expliquer la manière de voir de M. Vidal qui considère le prurigo de Hebra comme un lichen polymorphe.

Les vésicules que nous avons signalées aux mains peuvent être considérées comme les premières manifestations de l'eczéma qui vient si fréquemment compliquer ce prurigo.

S'il en est ainsi, nous assistons chez cet enfant à la formation des papules de prurigo aux dépens des plaques d'urticaire, au début des troubles de pigmentation et au début des complications eczémateuses que l'on observe dans le prurigo de Hebra.

M. Hardy. — On retrouve dans ce cas, chez l'enfant que vient de nous faire voir M. Hallopeau, tous les caractères de ce que j'ai appelé le *strophulus pruriginosus*. Il y a en effet dans l'éruption qu'il présente un mélange d'érythème, d'urticaire et d'éléments papuleux bien caractéristique. Cette affection est très commune chez les enfants surtout au moment de la dentition.

On l'observe de préférence chez ceux qui sont soumis à une hygiène défectueuse, chez ceux qui, en particulier, habitent des logements étroits, insuffisamment aérés.

On obtient de bons résultats par l'usage des alcalins, l'abstention des acides et le changement d'air.

M. E. Besnier. — Les éruptions du type de celles que l'on observe sur l'enfant présenté par M. Hallopeau sont extrêmement communes dans l'enfance ; on peut s'en assurer aussi bien dans la pratique de la ville que dans les consultations publiques des hôpitaux, ou des dispensaires. Leur polymorphie est considérable ; toutes les classes willaniques y sont représentées ; et la plupart des types que l'on a créés sur les bases de la lésion cutanée sont entièrement artificiels. Ce qui reste à faire pour les classer naturellement est infiniment plus difficile que de les étiqueter d'après la

lésion cutanée ; il faut observer les enfants, décrire l'état général, et faire le tableau complet du complexus morbide, les suivre dans les phases diverses de l'évolution dans le présent et dans les années qui suivront.

Dès à présent, au point de vue de l'avenir dermatologique de ces enfants on peut assurer que la majorité guérit, plus ou moins rapidement avec ou sans traitement.

Mais si la diathèse de prurit s'installe, l'échelle des lésions s'élève ; aux éléments ortiés, pseudo-lichéniens, succèdent les dermatites multiformes papuleuses, les érosions de grattage, l'eczématisation et la lichénisation.

M. Vidal. — J'admets avec M. Besnier l'influence prépondérante du prurit au début du processus dermatologique chez ces malades. Le prurit amène le grattage qui détermine des lésions dermiques urticariennes ; les papilles se congestionnent sous l'influence du traumatisme de grattage, et leur œdème finit par se fixer sous la forme de véritables papules, par prolifération d'éléments du tissu conjonctif.

Lupus tuberculeux de la face amélioré par des injections hypodermiques d'eugénol.

M. Moty, au nom de M. le médecin principal Gavoy, présente un malade dont voici l'observation :

Le nommé Guy..., Eugène, jeune soldat, âgé de 22 ans, est envoyé en *observation* le 14 décembre 1891 à l'hôpital militaire de Lille, pour un lupus tuberculeux de la face.

Une sœur de Guy... est morte à 21 ans d'une bronchite spécifique et sa mère d'une affection utérine. Guy... s'est, dit-il, toujours bien porté. A 13 ans, il reçut un coup sur la joue gauche, qui détermina une tumeur ; elle fut ouverte par un médecin de Nœux-les-Mines. Cette tumeur s'indura, se couvrit de croûtes qui se détachaient, laissaent écouler du pus et se fermaient de nouveau. M. le Dr Thelliez d'Hénin-Liétard fit le raclage de la tumeur en 1887 ; quelques mois après, la tumeur et les croûtes s'étaient reproduites. Depuis cette époque, le malade a consulté divers médecins et suivi plusieurs traitements locaux.

État actuel. — L'état général de Guy... porte l'empreinte de la scrofulose : teint décoloré, bout du nez arrondi, épais, empâté, etc., etc. La pommette de la joue gauche est circonscrite par un large bourrelet saillant, demi-circulaire, rouge sombre obscur, formé d'une série de tubercules, la plupart pustuleux et de grosseur différente. Les plus volumineux occupent les extrémités du fer à cheval ; ceux du bord interne atteignent le volume d'un grain de blé. Au-dessous de la paupière inférieure, près de l'angle interne de l'œil, il existe un tubercule de la grosseur d'un pois, séparé du groupe.

Une zone rouge vif, périphérique au bourrelet, indique un travail inflam-

matoire d'extension; la surface centrale circonscrite par le bourrelet est en partie ulcérée et en partie formée de cicatrices bridées. Aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Traitement. — Alimentation réparatrice, vin de gentiane, café, injections hypodermiques d'eugénol composé iodoformé, en dissolution dans l'huile d'amandes douces, les premiers jours 1/4 de seringue de Pravaz, ensuite 1/2 et enfin 3/4. La surface du lupus est couverte de gaze imbibée de cette huile et de cataplasmes de fécule; les injections se font un jour au bras, le lendemain à la jambe.

Après un mois de traitement, les ulcérations du centre sont complètement cicatrisées ; la peau a repris sa coloration normale. Le bourrelet est affaissé, d'une coloration rouge terne ; les tubercules ont diminué de volume et ne suppurent plus; la zone périphérique inflammatoire a disparu entièrement.

L'amélioration continue ; le bourrelet disparaît. Le 1er février, quelques tubercules persistent dans l'épaisseur du derme; ils sont touchés légèrement avec la pointe d'un thermo-cautère fin. On fait des badigeonnages de teinture d'iode pour hâter la résolution de l'induration du tissu cellulaire sous-cutané.

Au 4 mars, la peau de la pommette est uniforme, souple dans toutes ses parties et encore un peu rosée à la place qu'occupait le bourrelet. M. le Dr Leloir, qui voit en ce moment le malade, trouve deux ou trois petites nodosités dans l'épaisseur du derme.

Le 6 mai, le malade sort de l'hôpital dans un état de guérison sinon radicale, au moins apparente.

M. Vidal fait remarquer qu'il y a encore à la périphérie du lupus un certain nombre de nodules en activité. Il y a donc eu dans ce cas amélioration, mais non guérison.

Un cas de gale anomale, gale rouge croûteuse, avec envahissement de la face, du col et de la nuque, due au sarcopte de la gale, variété du cheval. Épaisses concrétions croûteuses de la face et du col avec acariase abondante dans ces régions ; érythrodermie intense généralisée avec miliaire et hyperidrose intense. Absence de concrétions aux aisselles et aux mamelons qui sont simplement rouges et couverts de miliaire. Sillons imparfaits aux espaces interdigitaux, au pénis et à la face (érythrosarcoptide miliaire croûteuse, équinienne),

Par M. Ernest Besnier.

I

Chacun connaît l'extrême multiformité que peuvent présenter les éruptions acariennes même avec le sarcopte normal, depuis les cas où l'on trouve péniblement, sur un point de la peau, d'ailleurs

tout à fait intact, de rares sillons presque invisibles à l'œil nu, jusqu'aux formes extraordinaires de la gale chronique généralisée dont nous voyons, de temps à autre, quelques rares exemples, et dont le type le plus achevé a été décrit par Hebra chez les lépreux de Norwège, et désigné sous le nom de *gale norwégienne.*

Il est moins rare de rencontrer à Paris des malades qui viennent à l'hôpital, seulement pour une éruption intense d'impétigo de la face, et chez qui on trouve une gale subaiguë méconnue du patient, et dont les légions digitales ont servi de foyer primitif aux cultures staphylococciques, qui ont été transportées sur le visage, terrain particulièrement favorable.

Mais je déclare, pour ma part, n'avoir jamais encore rencontré de paratype aussi extraordinaire que le présent, et vu un sarcopte donner lieu à une érythrodermie miliaire hyperidrosique, avec folliculites exsudatives et croûteuses étendues à l'extrémité supérieure, du type décrit ci-dessous. Cette forme, certainement, doit être extrêmement rare chez l'homme, car l'aspect de ce malade n'a suscité l'idée de maladie acarienne à aucun des nombreux médecins à qui j'ai montré le malade. Mais on en trouvera au moins les traces dans les épidémies vétérinaires de gale équine, et l'on verra plus loin, que l'aspect de notre malade n'est pas sans analogie avec celui des lésions de la gale sarcoptique du cheval et des grands ruminants.

Observation. — Homme de 24 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Ernest Besnier, salle Devergie, nº 13, avril 1892; M. Sabouraud, interne.

Homme vigoureux, bien portant, cheveux blond clair, conducteur de chevaux de halage, et montant par conséquent habituellement sur ces animaux, couchant à l'écurie.

Il vient, à l'hôpital, pour une éruption généralisée à la presque totalité du corps, prurigineuse, qui aurait, au moment de l'entrée à l'hôpital, six semaines de durée. Cette éruption est née sans aucune cause à lui connue ; elle n'a été provoquée ni accrue par aucune application quelconque.

A l'entrée à l'hôpital, l'aspect général de ce malade est tout à fait extraordinaire : la presque totalité du corps est d'une coloration rouge intense tandis que sur certains points s'accumulent, en couches épaisses, des croûtes ou concrétions plâtreuses, sèches, dures, rudes, adhérentes, d'un jaune de soufre.

La rougeur occupe presque tout le corps, y compris la face et le cuir chevelu; les nappes de concrétions jaune paille plâtreuses s'accumulent à la nuque, à la face qu'elles occupent presque entière, ne laissant que des îlots de réserve au front et au centre, les sourcils, la barbe, sont profondément occupées par les nappes croûteuses. Les concrétions croûteuses se retrouvent encore sur le dos des mains, aux régions radio-carpiennes. Partout où elles existent, et à leur périphérie, la peau est rouge, épaissie, lichénifiée.

La rougeur est de teinte vive, érythémateuse, et criblée d'une multitude infinie de vésicules miliaires petites, acuminées, isolées, translucides ou opaques, persistantes, se renouvelant incessamment, et ne donnant lieu, sauf aux points sus-indiqués, à aucune érosion, à aucun exsudat concrescible. Sur toute la surface, la peau est halitueuse, incessamment baignée d'une sueur profuse. C'est seulement sur le col, aux extrémités supérieures, et aux régions pilaires que les vésicules sont sous-tendues par des folliculites, dont la réunion constitue de grandes nappes d'infiltration dermique, recouvertes ou non de l'enduit croûteux signalé ci-dessus.

Le pénis est rouge, infiltré, couvert de vésicules avec ou sans folliculites, et lichénisation.

En quelque points, on trouve des nodules isolés ayant quelque analogie avec les épidermites déterminées par l'acare de la gale ; mais aucun de ces éléments ne se présente avec des caractères assez précis pour permettre de faire un diagnostic clinique tout à fait ferme et d'emblée.

Dans les espaces interdigitaux, on voit se prolonger les concrétions croûteuses signalées sur le dos de la main ; on trouve, comme sur le pénis, des ébauches de sillons, mais, comme sur le pénis, leurs caractères sont altérés par les lésions surajoutées.

Avec cela, un prurit relativement modéré, pas une seule pustule proprement dite. Une seule petite collection épidermiodermique fut faite sur le bras gauche, à la suite d'une application partielle de pommade au naphtol.

L'évolution de toutes ces lésions est spontanée ; aucune intervention n'est venue au dehors ; pendant trois semaines d'observation je n'ai constaté chez le patient aucune variation dans le processus cutané, toujours persistant et naissant malgré le repos, l'éloignement des causes professionnelles, la sobriété et l'hygiène aussi complète que possible.

II

Les difficultés du diagnostic immédiat dans le cas actuel provenaient surtout de la miliaire généralisée, de l'hyperidrose extraordinaire et de l'érythrodermie, et aussi des accumulations croûteuses de la tête et de la face. L'intégrité des aisselles et des régions péri-axillaires qui ne présentaient pas les nodules acariens habituels à ces régions contribuaient aussi à éloigner l'idée d'acariase. Cependant, la localisation pénienne était bien suggestive, et les altérations interdigitales étaient en réalité suffisantes pour assurer le diagnostic clinique.

Dans un examen sommaire pratiqué pour contrôle immédiat, mon assistant particulier M. le Dr Jacquet, après avoir dissocié dans de la potasse à 40 0/0 des squames croûteuses épidermiques, a pu déceler des acares en très grand nombre, — jusqu'à quinze dans une préparation faite au niveau des espaces interdigitaux. Il en a aussi trouvé d'assez nombreux dans la barbe, les sourcils, la nuque.

Il s'agissait là bien évidemment du sarcopte de la gale, mais pour

déterminer à quelle variété il appartenait, j'ai fait appel au concours si hautement compétent de M. P. Mégnin, qui, au premier coup d'œil jeté sur le malade, a déclaré que cette forme de dermatite acarienne, si insolite chez l'homme, était complètement assimilable à la gale sarcoptique des grands ruminants.

Après examen entomologique des acares, M. P. Mégnin a confirmé son impression dans les termes suivants, que je transcris textuellement :

« A la vue du cas de gale réellement extraordinaire que présente l'homme couché au nº 13 de la salle Alibert, j'ai été frappé de la physionomie de cette affection si complètement semblable à la gale sarcoptique du cheval, ou des grands ruminants, bubale, lama ou girafe que j'ai été à même d'observer soit au Muséum, soit à la ménagerie Bidel : les parties pileuses, barbe, sourcils et cheveux, présentent des croûtes grenues en plaques, épaisses dans certains endroits de près d'un centimètre, d'une analogie complète avec ce qui se voit chez les animaux en question affectés d'une gale sarcoptique datant de trois ou quatre mois.

Au fond de ces croûtes rampent des sarcoptes des deux sexes, qui sont très abondants en certains endroits aussi bien que leur œufs.

Ces sarcoptes appartiennent à une variété du *Sarcoptes scabiei* plus grande que la variété ordinaire de la gale humaine, d'un quart en tous sens ; de plus, le tégument présente à la face inférieure du corps, dans le voisinage de l'oviducte chez la femelle, des groupes de taches rondes, symétriques, de couleur fauve, qui n'existent point dans le sarcopte de la gale humaine ; de plus, les plastrons céphalo-thoraciques sont beaucoup plus apparents, teintés de roux, surtout chez le mâle. Ces caractères appartiennent aux variétés de sarcoptes des grands herbivores et surtout du cheval, et on peut conclure que le malade offre un cas d'acclimatation, sur l'homme, du *Sarcoptes scabiei* variété *equi*, ce qui explique la forme insolite de cette affection.

L'homme qui la présente est un conducteur de chevaux de halage, faisant un service le long de l'Oise. Les chevaux, sur lesquels il montait souvent, étaient affectés de démangeaisons, a-t-il dit après avoir été questionné sur ce point, au point qu'ils se grattaient continuellement avec leur collier. Il est de toute probabilité que c'est à leur contact que le malade a contracté la gale.

Les cas de contagion de la gale sarcoptique du cheval à l'homme sont extrêmement rares parce que cette affection est elle-même très peu fréquente. Le cheval peut être affecté de trois espèces de gale : la gale sarcoptique (causée par le *Psoroptes communis*) ; la gale symbiotique (causée par le *Symbiotes spathiferus*) et la gale sarcoptique (causée par le *Sarcoptes scabiei*, variété *equi*). Les deux premières gales sont communes mais ne sont nullement contagieuses à l'homme. La dernière seule peut se communiquer à l'espèce humaine, mais elle est très rare ; elle s'était montrée sur une assez grande échelle à la suite de la guerre de 1870 et n'avait pas reparu depuis. Son peu de fréquence explique que les cas de contagion de cette maladie à l'homme sont des exceptions extrêmement rares. »

Il n'est pas nécessaire de faire ressortir le caractère d'intérêt que présente notre observation sous le rapport de l'histoire de gales anomales. Il sera aussi facile à l'avenir de surmonter un cas de ce genre qu'il était difficile de catégoriser celui-là au point de vue clinique simple. Le contrôle direct en sera des plus aisés en raison de l'extraordinaire pullulation du sarcopte du cheval, et à l'aide des caractères précisés plus haut si nettement par M. Mégnin. L'extraordinaire quantité des acares explique l'intensité de l'action venimeuse toxidermique et son action réflexe hyperidrosique.

Sur la production de cicatrices dans l'urticaire pigmentaire,

Par M. HALLOPEAU.

Il est de règle que les élevures de cette urticaire ne laissent d'autres traces que des macules qui peuvent disparaître à la longue ; d'après les faits observés jusqu'ici, elles ne seraient jamais le siège de lésions régressives suivies de cicatrices. Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société montre qu'il ne faudrait pas tirer de ces faits, négatifs à cet égard, une proposition absolue, car chez lui les lésions de l'urticaire pigmentaire ont au contraire abouti à la formation de cicatrices.

Ce malade est celui dont M. Raymond a rapporté l'observation dans sa thèse inaugurale ; il était alors dans le service de M. Fournier où il a séjourné pendant plusieurs années ; il l'a quitté pour aller à l'hôpital Trousseau, d'abord dans le service de M. Legroux, puis dans celui de M. Moizard. Il est revenu depuis peu de jours à St-Louis dans notre pavillon Bazin.

Son aspect rappelle beaucoup celui qu'il présentait il y 4 ans quand M. Raymond l'a représenté dans sa thèse : ce sont les mêmes élevures offrant, à part la couleur, une analogie frappante avec celles du xanthélasma, ou par places de l'acné varioliforme, les mêmes macules, peut-être plus nombreuses qu'autrefois par rapport aux plaques saillantes. La maladie est toujours en activité ; nous avons observé ces jours derniers des élevures de nouvelle formation. Il ne semble pas s'être fait depuis longtemps de poussées bulleuses.

Ce qu'il y a de nouveau chez ce malade, et c'est sur ce point que nous désirons appeler l'attention, c'est la formation au niveau d'un grand nombre de plaques, sur le tronc et sur les membres de cicatrices nettement caractérisées. On en compte une quarantaine sur le tronc ; les plus petites ont les dimensions d'une lentille ; on en voit qui forment des traînées transversales de 4 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur ; elles ont toutes leur grand axe dirigé trans-

versalement ; elles occupent le centre de plaques ortiées incomplètement effacées ; leur coloration blanche contraste avec celle de ces plaques ; elles sont déprimées ou légèrement saillantes ; leurs contours sont nettement arrêtés ; quelques-unes sont circonscrites par un rebord en relief.

Le nombre de ces cicatrices et leurs rapports constants avec des plaques ortiées ne permettent pas de les considérer comme des lésions accidentelles, étrangères à la maladie ; elles sont dues en toute évidence à une évolution régressive des lésions de cette urticaire ; cette évolution régressive s'est-elle produite spontanément ? n'a-t-elle pas plutôt été provoquée par une ulcération consécutive à une éruption bulleuse ? nous ne trouvons dans l'histoire des antécédents de cet enfant aucun renseignement qui puisse nous aider à résoudre cette question ; cependant, nous savons que ces cicatrices n'existaient pas lorsque l'enfant a été observé en 1888 par MM. Bruchet et Raymond : bien qu'il eut été atteint, dès lors, de nombreuses poussées bulleuses, il n'en est plus fait mention en 1889 dans le travail où M. Morel-Lavallée revient sur ce malade à l'occasion d'une rougeole intercurrente ; or il est resté depuis lors constamment à l'hôpital ; on peut en conclure que ses éruptions bulleuses ont constamment reçu des soins appropriés ; il est reconnu d'autre part que ces bulles ne sont pas habituellement suivies d'ulcérations persistantes et si un fait de cette nature s'était produit, il aurait en toute certitude attiré l'attention de nos collègues ; il nous paraît donc plus vraisemblable, sans que nous puissions rien affirmer à cet égard, que ces nombreuses cicatrices sont le résultat d'une évolution rétrograde qui a constitué la marche naturelle de la maladie.

Quoi qu'il en soit, la production de ces nombreuses cicatrices est un fait nouveau dans l'histoire de l'urticaire pigmentaire ; elle nous a paru à ce titre digne d'être signalée à la Société.

Recherches sur la parasitologie de l'éléphantiasis nostras,

Par M. Sabouraud.

Cliniquement cette maladie ne diffère de l'éléphantiasis des tropiques que par le degré ordinairement moindre de ses lésions. Comme lui, c'est une maladie remarquable par sa marche paroxystique, coupée d'accalmies plus ou moins durables. Chaque paroxysme, l'ancien *accès éléphantiaque*, est une poussée de lymphangite locale typique accompagnée de symptômes généraux d'infection à frissons, anorexie, haute température.

Cinq observations ont été recueillies et les recherches bactériologiques ont pu être faites pendant la durée même de l'accès fébrile. Les cultures ont sans exception donné du *streptocoque* et toujours à l'état de pureté. Dans l'intervalle des accès fébrile le sérum du malade, ensemencé, a laissé les cultures stériles.

De ces recherches il ressort que, dans la plupart des cas au moins, l'*éléphantiasis nostras n'est que la lymphangite chronique résultant d'un érysipèle à répétitions.*

Les cultures ont été obtenues par ensemencement du sérum et du sang extraits par scarifications superficielles des parties atteintes par la lymphangite.

Comme ce procédé donne, quoi qu'on fasse, plus de sang que de sérum, les germes recueillis peuvent parfois être assez rares. Quand on a aspiré le sang dans une pipette il faut la fermer, y faire pénétrer quelques gouttes de bouillon stérile et la porter à l'étuve. Le lendemain on la reprend pour faire les ensemencements.

(Cette communication résume un travail plus étendu, inséré plus haut, page 592.)

Lésions lupiformes de la face, présentant l'aspect farcineux,

Par M. Hudelo.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade entré depuis quatre jours seulement dans le service de M. le professeur Fournier ; je dois dire tout d'abord que le diagnostic de ce malade n'est pas encore complètement établi ; si notre hypothèse se confirme, nous ne manquerons pas de le soumettre à nouveau à votre observation.

Ce malade est atteint de lésions faciales remontant aujourd'hui à 4 ans 1/2 et dont l'aspect, à première vue, rappelle le lupus, mais qui, à un examen plus attentif, présentent une allure et des particularités qui éloignent de ce diagnostic objectif immédiat.

Le sujet est un homme de 52 ans, vigoureux, qui jusqu'il y a quatre ans, était occupé dans les fermes comme valet de cour : il était chargé du pansage et de la nourriture des animaux, et notamment des chevaux ; depuis lors, il travaille sur les routes comme casseur de pierres. Il ne présente aucun antécédent de syphilis acquise ou héréditaire, avoué ou constatable ; nous l'avons longuement examiné à ce point de vue. Il n'offre pas non plus de stigmate de tuberculose pulmonaire ou autre. Enfin, jusqu'au début de la maladie actuelle, il s'est toujours bien porté, et n'a jamais présenté aucun accident du côté de la peau.

Les lésions que l'on constate aujourd'hui ont débuté il y a quatre

ans et demi par la joue ; à ce niveau, vers la pommette, se développa un « bouton » saillant, indolore, qui s'est ouvert après quelques semaines pour donner issue à un écoulement purulent, fétide, qui dura plusieurs mois. Dès ce moment, survint une série de « boutons » analogues, qui de même s'abcédaient en donnant lieu à une suppuration fétide. Les lésions s'étendirent ainsi progressivement de la joue gauche au nez, malade depuis deux ans, puis à la joue droite atteinte depuis un an seulement. Depuis un an aussi, le malade fut pris d'un enchifrènement persistant, et se mit à moucher du pus.

Toutes ces lésions ont évolué sans douleur, sans fièvre, sans altération marquée de l'état général. Jamais le malade n'a présenté de douleurs dans les jointures, ni d'abcès en aucun point du corps.

Actuellement, les caractères cliniques sont les suivants :

Les lésions occupent la joue gauche dans toute sa hauteur, formant une sorte de bande parallèle au sillon naso-génien, large de 2 à 3 cent. ; le nez est entièrement envahi, il est tuméfié, doublé de volume ; la joue droite est, comme la gauche, envahie dans toute sa hauteur.

Dans tout le territoire malade, on constate, comme altération essentielle, une infiltration diffuse de la peau, déterminant un épaississement des parties atteintes, épaississement qui ne se continue point avec les parties saines et s'en isole, notamment vers la racine du nez, par un véritable bourrelet ; l'infiltration est diffuse, on n'y distingue pas de nodosités isolées, sauf à la joue droite où l'on peut constater, à une certaine distance de la lésion principale, quelques nodosités aberrantes. La peau présente une coloration rouge un peu violacée qui cesse brusquement à la limite des zones malades. Sur la plus grande partie du nez et des joues, on remarque des croûtes irrégulières, fusionnées, peu adhérentes, épaisses, brunâtres ou verdâtres ; en quelques points seulement, on note des squames sèches et minces.

Si l'on prend la peau entre les doigts, on sent avec la plus grande netteté que l'infiltration est partout d'une mollesse remarquable, aussi bien au niveau des joues que du nez, où son caractère est toutefois particulièrement accusé. En quelques points même on perçoit une véritable fluctuation, et l'on peut constater, notamment au niveau du lobule du nez, de véritables collections de liquide purulent recouvertes d'une peau violacée et molle et sans communication avec l'extérieur. Si l'on vient à soulever les croûtes, on trouve sous elles une surface ulcérée superficiellement, un peu bourgeonnante au fond, et recouverte d'une couche de pus ; il existe ainsi une véritable nappe purulente, assez superficielle, sur la plus grande étendue des lésions.

Enfin, en quelques points, rares il est vrai, on distingue, après l'ablation des croûtes, de véritables ulcérations ; c'est ainsi qu'au niveau du lobule du nez, nous avons rencontré une ulcération, à bords

taillés à pic, profonde, comme nous l'a montré l'introduction d'un stylet, de 4 à 5 millim., creusée en entonnoir au sein de la peau infiltrée et mollasse.

De plus la lésion pénètre dans l'intérieur du nez ; non seulement la sous-cloison et la peau des orifices narinaires très notablement rétrécis présentent la même infiltration molle que le reste de la peau malade, mais les cavités nasales sont obstruées, surtout la gauche, par d'épaisses croûtes, recouvertes de pus, au milieu desquelles le stylet ne passe que difficilement et qui provoquent chez le malade un coryza purulent, un jetage permanent.

Tout le reste du corps, face, tronc, membres, est absolument indemne de lésions analogues ; rien non plus à signaler dans les viscères ; rien d'anormal dans les urines. L'état général est excellent ; ni fièvre, ni amaigrissement, ni douleurs.

Il est évident qu'en présence de semblables lésions, le diagnostic se trouvait nécessairement limité : nous avons éliminé immédiatement l'hypothèse de syphilides tuberculo-crustacées ; la lenteur de développement des lésions, la mollesse toute spéciale de l'infiltration, la suppuration étendue, sans compter l'absence de tout antécédent constatable, nous ont fait rejeter cette opinion ; néanmoins et par acquit de conscience, M. le professeur Fournier a soumis le malade au traitement ioduré.

C'est évidemment avec le lupus tuberculeux que les lésions dont notre malade est porteur offrent la plus grande analogie. Même siège, même coloration des téguments, mollesse analogue de l'infiltration, même lenteur d'évolution ; néanmoins l'absence totale de nodules lupiques constatables, la suppuration diffuse des lésions, l'absence de cicatrices au niveau des points les plus anciennement atteints dirigeaient nos recherches dans un autre sens, du côté de la farcinose : le processus suppuratif, le coryza purulent nous déterminaient surtout en faveur de ce diagnostic. M. Darier fait en ce moment des recherches bactériologiques et expérimentales, dont les résultats nous seront communiqués ; nous les attendons pour savoir si notre hypothèse se vérifiera.

M. Fournier. — La difficulté du diagnostic constitue le principal intérêt du fait présenté par M. Hudelo. En présence d'un cas semblable, ce à quoi l'on songe tout d'abord, c'est à la *syphilis* ou au *lupus*.

Il y a quelques années, avant les recherches bactériologiques et les inoculations aux animaux de la période récente, on n'eût certainement pas pensé à la morve, et il est hors de doute, que des cas de ce genre, qui ont intrigué par leur singularité les médecins qui les ont observés, ont passé complètement méconnus.

J'ai voulu vous faire voir celui-ci dans toute sa primeur, avant toute

intervention modificatrice, très désireux d'avoir sur lui l'avis de mes col-collègues.

Le point important pour le diagnostic différentiel avec une syphilide tuberculo-crustacée ou un lupus tuberculeux, c'est la mollesse des tissus. On ne trouve ni nodosité, ni base indurée, mais au contraire de véritables saillies fluctuantes correspondant à une infiltration purulente superficielle. C'est là un caractère qui n'appartient ni aux syphilides ni au lupus.

A ces deux maladies auxquelles il est naturel de penser à la vue des lésions de la face chez cet homme, et qu'il faut éliminer pour les raisons que je viens de dire, il faut ajouter encore l'*intoxication iodique*. Il est possible que l'iodisme provoque à la face l'apparition de lésions assez semblables à celle que l'on voit ici. Dans le cas présent, il n'y a du reste nullement à s'arrêter à l'idée d'une intoxication de cet ordre.

M. E. Besnier. — Nous devons remercier MM. Fournier et Hudelo de nous avoir présenté ce malade avant que l'enquête diagnostique ne soit terminée de façon à lui laisser toute sa primeur clinique. Si ce cas est démontré farcineux c'est une preuve de plus de l'extrême polymorphie de la farcinose cutanée de l'homme sur laquelle j'ai insisté dans mes deux communications.

Je suis frappé, ici, de l'absence de térébration et de fissuration, si caractérisées chez mes précédents malades, et j'attends, avec anxiété, les nouvelles du cobaye inoculé il y a quatre jours.

M. Darier. — Les testicules du cobaye inoculé ne présentent pas encore de modification appréciable. Ce peut d'ailleurs, n'être qu'un retard, sans qu'on puisse en rien conclure dans un sens ni dans l'autre.

M. E. Besnier. — Avec le pus recueilli chez mon dernier malade, les choses se sont précipitées davantage, et tout était selon le thème du professeur Straus. Si M. le président veut bien le permettre, M. Sabouraud pourrait nous rappeler les délais précis relevés dans notre observation récente.

M. Sabouraud : Le testicule du premier cobaye que j'ai inoculé, a présenté dès le 2e jour des symptômes d'inflammation il ne paraît plus à l'anneau. Mais je dois ajouter qu'il y a aux inoculations animales de farcinose humaine un écueil à éviter. D'après celles que j'ai pratiquées, il est certain que dans la forme tégumentaire farcineuse de la maladie il n'y a pas plus de bacilles spécifiques que dans la forme tégumentaire lupique de la tuberculose.

La parenté évidente de toutes les maladies à tubercules rend d'ailleurs cette opinion tout à fait vraisemblable. Et c'est de plus le seul moyen d'expliquer la survie d'un de mes cobayes inoculés.

Etant donné que les preuves de la nature morveuse de l'affection ont été certaines il est également certain que ce cobaye n'a pas recu avec son inoculation un seul bacille de la morve.

Il pourrait en être de même pour l'inoculation dont on vient de parler et sur laquelle il serait d'ailleurs prématuré de vouloir conclure.

M. Hallopeau. — La présence de petits foyers superficiels de suppuration n'a pas contre le lupus une valeur diagnostique absolue ; en effet, M. Wickham et moi nous avons vu et décrit une forme suppurative du lupus tuberculeux.

Les inoculations faites au cobaye ont été jusqu'alors négatives pour l'hypothèse du farcin. Elles sont continuées, et il en sera rendu compte dans la prochaine séance.

Première note et observations préliminaires pour servir d'introduction à l'étude des prurigos diathésiques (dermatites multiformes prurigineuses chroniques exacerbantes et paroxystiques, du type du prurigo de Hebra),

Par M. Ernest Besnier.

I

La dermatite multiforme prurigineuse chronique, exacerbante et paroxystique que l'illustre Hebra a décrite en termes inoubliables sous le nom de « *prurigo* » et que nous appelons prurigo de Hebra, n'est pas la seule à laquelle s'applique l'esprit, sinon la lettre absolue de sa description.

Plusieurs espèces de ce genre dermatologique ou, si l'on veut, plusieurs formes de cette maladie ou de ce syndrome, ne rentrent pas dans le cadre beaucoup trop étroit tracé par le Maître de Vienne, et restent égarées dans les groupes composites d'une série de dermatites banales au premier rang desquelles se trouve le lichen des auteurs antérieurs à Hébra, et de plusieurs maîtres contemporains, ou actuels, de l'école française, et l'eczéma chronique, bien qu'elles ne soient en réalité, dans aucun cas, ni un lichen, ni un eczéma vrais, mais toujours des dermatites multiformes dans lesquelles l'eczématisation ou la lichénisation marquent diverses périodes de la maladie, en sont des lésions importantes, mais ne la constituent pas.

Le moment est venu de mettre un terme à ces ambiguïtés et à ces confusions, de confirmer l'épuration de la classe des lichens, et de procéder à celle des eczémas en détachant diverses espèces qui y sont égarées, et en les réunissant en groupes naturels.

Pour faire cette sélection, et pour la rendre féconde, il faut se soustraire à la tyrannie du système willanique dont l'esprit hante toujours la majorité des médecins, et existe à l'état latent chez un très grand nombre de dermatologistes ; il faut se décider à mettre au premier rang le tableau morbide complet d'un état pathologique considéré dans la série entière de ses phases successives, et ne plus s'attarder

à contempler trop exclusivement les caractères dermatographiques.

C'est dans cette voie que Hebra a constitué le prurigo, et que Duhring et Brocq ont établi la dermatite herpétiforme, sur des bases vraiment médicales, et tout à fait inattaquables.

II

Le premier groupe qu'il n'est pas moins urgent de constituer avec les affections que nous désignons sous le nom de *prurigos diathésiques* peut être, dès à présent, basé sur un ensemble de caractères dont l'unité est flagrante, et qui les séparent des groupes dans lesquels ils restent confondus.

Leur symptôme premier et leur premier symptôme est le prurit, prurit intense, rémittent, exacerbant, à paroxysmes nocturnes, à rémission et à exacerbation saisonnières. Très ordinairement il apparaît dès la première enfance ou dans la jeunesse, mais aussi dans les autres âges, d'une manière souvent insidieuse et presque toujours larvée. Caractère absolument fondamental, aucune des lésions qui l'accompagnent ou qu'il provoque n'est spécifique ; dans le premier âge, ce peut être l'une quelconque des nombreuses variétés des érythèmes infantiles, des urticaires et des pseudo-lichens, ou l'une des formes d'eczématisation ou de lichénisation de la peau que le vulgaire réunit sous le nom de gourmes.

Plus tard, quand la maladie sera constituée, on verra encore parfois reparaître quelques-unes de ces formes, mais ce seront surtout les lichénisations en papules ou en plaques ou en grandes nappes, et, au moment des paroxysmes l'eczématisation, sous les formes variées de l'eczéma figuré, diffus, impétigineux, etc.

Quand la maladie débute dans la première enfance, elle peut en rester aux linéaments, demeurer fruste, avorter, ou, après quelques années de durée, avoir une intermission plus ou moins longue, ou même définitive. Dans beaucoup de cas le processus abandonne momentanément ou décidément la peau, pour avoir des localisations viscérales dont l'emphysème, l'asthme bronchique, le catarrhe des foins, et plus rarement des troubles gastro-intestinaux constitueront plus tard la manifestation prédominante.

Dans tous les cas où elle s'est une fois établie, même quand elle a eu un agent provocateur extrinsèque, la maladie devient une propriété morbide de l'individu, une diathèse de prurit, elle peut s'atténuer ou s'éteindre, mais elle est rebelle à toutes les médications ; si elle se guérit ou s'épuise, on ne peut dire qu'on la guérisse jamais. C'est une véritable diathèse prurigineuse avec lésions multiformes, dont aucune ne peut servir à elle seule à dénommer la maladie, c'est-à-dire un prurigo au sens vrai du mot, un prurigo diathésique.

Avant de donner une formule proprement dite à cette maladie dont les types sont nombreux, il m'a paru essentiel de soumettre à la Société par séries, les malades eux-mêmes observés aux phases diverses de l'évolution ; j'en ai choisi pour cette entrée en matière rois des plus simples, et des plus voisins du type de Hebra, à des périodes différentes de leur évolution. Les autres types feront l'objet de communications ultérieures.

III

Observation I. — *Dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, à paroxysme hivernal, à forme prédominante eczémato-lichénienne, ayant commencé à l'âge de trois mois et ayant continué jusqu'à l'époque actuelle, c'est-à-dire de trois mois à l'âge de 19 ans. Période d'état.*

Jeune homme de 19 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Ernest Besnier, salle Devergie, nº 2, le 30 avril 1892. M. Sabouraud, interne.

Le malade est né à la campagne et y a toujours vécu ; ses parents ne semblent avoir aucune tare spéciale et, cependant, sur cinq enfants qu'ils ont eus, le malade est le seul survivant, tous les autres sont morts en bas âge.

C'est un garçon petit, trapu, imberbe, ne paraissant pas avoir l'âge qu'il a réellement. Son système musculaire est assez bien développé ; les organes génitaux normaux ; le tissu adipeux peu abondant.

L'extrémité supérieure et la face en particulier sont plus volumineuses que ne le comporte le reste du corps. Le système dentaire et les ongles sont normaux. L'intelligence est limitée ; bien que le sujet appartienne à une famille de cultivateurs aisés, il sait seulement lire et écrire, et il possède trois règles ; mais la quatrième, la division, n'est pas dans son lot. Son instruction a été entravée par son état perpétuel de maladie, en même temps que par la défectuosité de son sens de compréhension, le portant à contrarier plutôt qu'à favoriser les soins qui pouvaient lui être donnés. Pendant l'hiver, il est incapable de tout travail manuel ; pendant l'été, on l'occupe aux travaux des champs.

Le premier début de la maladie remonte au troisième mois après la naissance, époque à laquelle l'enfant présenta l'une des formes d'eczéma vulgaire de l'enfance, à la face ; c'est ultérieurement que les efflorescences se sont généralisées.

La maladie actuelle semble avoir absorbé tout son bilan pathologique ; jamais il n'aurait eu d'indisposition sérieuse, et notamment aucune des fièvres éruptives de l'enfance.

Le symptôme *princeps*, celui qui domine toute sa vie pathologique, est le prurit ; il existe le jour et la nuit, l'hiver et l'été, mais il atteint son paroxysme pendant la nuit, et, de même que les lésions cutanées, il s'abaisse au minimum pendant la saison chaude.

Pendant les accalmies, la lésion est sèche; elle est toujours humide en plusieurs points pendant les paroxysmes, et chez lui, l'exsudation revêt surtout les caractères de la dermite vésico-pustuleuse à staphylocoques que l'on connaît généralement sous le nom d'eczéma impétigineux. C'est-à-dire que, dans tous les points où la lésion est au fastigium, la peau est congestionnée, rouge, épaissie, couverte de saillies papuleuses, d'excoriations de grattage et d'agglomérats croûteux noirâtres, verdâtres, adhérents. Dans les accalmies, la peau n'est plus *eczématisée*, elle n'est plus congestionnée, elle n'a plus de vésicules, ne suinte plus, et ne forme plus de croûtes; elle est simplement *lichénisée,* c'est-à-dire plus ou moins épaissie, sèche, rugueuse, montrant, sous formes de lignes, de quadrillages, etc., l'exagération des plis de tout ordre, par hypertrophie épidermodermique.

Voici, rapidement, le tableau des localisations :

Le *cuir chevelu* est à peu près intact, et les cheveux sensiblement normaux.

La *face* est couverte d'un masque eczématique, avec croûtes jaunes, verdâtres, laissant en réserve le nez, l'espace intersourcilier, les paupières, le pourtour immédiat de la bouche, les oreilles, les plis rétro-auriculaires et l'atmosphère voisine dans toutes les directions.

Le *col* est entièrement indemne; la région sus-hyoïdienne occupée par des ganglions roulants.

Le *thorax antérieur* est maculé de lésions superficielles traumatiques, et de taches pigmentaires diffuses; il n'a de lichénisation ou d'eczématisation proprement dites qu'aux mamelons, et à leur pourtour.

Le *thorax postérieur*, jusqu'à la région lombo-sacrée présente de simples excoriations de grattage, et des macules pigmentaires sans lichénisation accentuée, et sans lésions eczématiques en activité.

La *région fessière* est à peu près intacte, le pli ano-génital, libre et normal.

La *région sous-costale antérieure*, et la *région abdominale* sont plus atteintes ; toutes les bandes transversales que laissent entre eux les grands plis de flexion de l'abdomen, sont lichénisées ou eczématisées, alors que les plis eux-mêmes et leur fond, sont intacts.

Les membres supérieurs sont lichénisés dans presque toute leur étendue, avec réserve pour l'aisselle, et pour une bande longitudinale de la région cubitale, exagération des plis, sécheresse, quadrillage, desquamation, excoriations fines de grattage très multipliées, quelques fissures plicatiles.

Poils absents, même dans les aisselles, où la peau est halitueuse; profondément, pléïade de petits ganglions roulants, indolents.

Dos des mains lichénisé, ongles intacts, face palmaire sèche, sensiblement intacte.

La *région inguinale* est remarquable par l'intégrité du fond du pli de flexion, et par deux grosses masses ganglionnaires très saillantes qui occupent le triangle de Scarpa — *bubons du prurigo*.

La *région pubienne* et le pénis sont à peu près intacts.

A l'exception de quelques points de réserve qui vont être spécifiés, les *membres inférieurs* sont occupés de haut en bas par des îlots confluents ou cohérents, de dermites en plaques criblées de papules associées et

excoriées individuellement à leurs sommets, laissant entre eux quelques rares espaces plus ou moins libres et reliés par des lichénisations en plaques. La face postérieure des cuisses est à peu près atteinte au même degré que l'antérieure, recouverte de placards confluents de lichénisation ou d'eczématisation.

Au-devant des deux *genoux*, grand lac ovalaire ayant la rotule pour centre, lichénisé mais sans papules proprement dites, ni eczématisation.

A trois travers de doigt au-dessous des rotules, les lésions exsudatives reparaissent et atteignent leur maximum; on les trouve sur toute la jambe; les îlots de réserve y sont rares et partiels, même aux creux poplités. En bas la dermatite s'arrête brusquement en avant, à trois centimètres en aval de la ligne des orteils, après avoir occupé le cou-de-pied et le métatarse, et, en arrière, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. A la face antérieure de la jambe, les altérations diffèrent de celles de la cuisse par une eczématisation plus accentuée, et par la formation de croûtes irrégulières noirâtres, verdâtres, sordides. On y retrouve la série entière des éléments du processus, depuis la congestion et la lichénisation jusqu'aux masses croûteuses, en passant par les papules excoriées et les papules impétigineuses à tous les degrés; en arrière, à la région des gastrocnémiens, les lésions sont encore plus intenses : lichénisation peu accentuée, mais infiltration dermique aiguë considérable; fond rouge violacé, croûtes verdâtres, larges et épaisses.

Les *orteils*, les *ongles*, les *espaces interdigitaux*, la *plante des pieds*, la *région calcanéenne*, sont intacts.

Malgré la banalité apparente des lésions lichéniennes ou eczématiques que nous venons de relever chez ce malade, il n'a pu échapper à personne, que leur caractère de généralisation, leurs lieux d'élection, leurs rechutes incessantes, leur résistance à tous les modes de traitement, pendant une série ininterrompue de dix-neuf années, non moins que l'ensemble des autres phénomènes symptomatiques constituent un état pathologique profond, une individualité morbide, dont les connexions avec le prurigo de Hebra sont éclatantes, qui se détache du type strict, en raison du début par l'eczématisation de la face, et par l'extension à la presque totalité du corps, mais qui s'en rapproche par tous les autres symptômes, à ce point que l'identité est flagrante.

Observation II. — *Dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, du type lichénien papuleux et eczématique dans les paroxysmes. Forme à exacerbation estivale et à accalmie complète pendant l'hiver. État actuel, passage de l'accalmie au paroxysme. Au milieu des taches pigmentaires et cicatricielles traces des crises anciennes on voit reparaître disséminées des taches pigmentaires, des papules excoriées. La maladie a débuté de la troisième à la quatrième année, et se reproduit, chaque année, malgré les traitements les plus variés (internes et externes).*

Jeune homme de 18 ans, fondeur en cuivre, entré à l'hôpital Saint-Louis,

le 8 avril 1892, salle Devergie, n° 12, service de M. Ernest Besnier. M. Sabouraud, interne.

Aucun antécédent héréditaire ni collatéral appréciable, trois sœurs et un frère indemnes. Depuis l'âge de 4 ans, tous les ans, de mai à juin, aux premières chaleurs, oppression, étouffements, prurit.

Cette année, comme les autres, le prurit qui persiste très atténué pendant l'hiver s'exaspère surtout la nuit, et les lésions commencent à évoluer. Sur les membres, les inférieurs surtout, apparaissent des taches ortiées qui vues de jour sont érythémateuses, livides ; dans leur intervalle, excoriations de grattage superficielles, au milieu de la peau saine, recouvertes d'une croûtelle adhérente, aplatie, verdâtre pâle.

L'eczématisation proprement dite n'apparaîtra qu'au fur et à mesure de l'accentuation de l'été. On ne trouve pas de lichénisation diffuse proprement dite, mais seulement, aux membres inférieurs, la trace des placards eczématiques de la saison précédente.

Vue dans son ensemble, la peau a un aspect spécial. Sur un fond brun pigmenté se détachent une quantité innombrable de petites cicatricules irrégulières, à fond blanc couronné d'un anneau pigmenté ; c'est sur le thorax antérieur et postérieur, et sur l'abdomen, que se trouvent les cicatrices les plus nombreuses.

Sur les membres supérieurs et inférieurs, où la pigmentation est moins prononcée, les cicatrices se présentent sous forme de taches érythémateuses diffuses avec cicatricule au centre, et, à la périphérie, une zone pigmentaire semblable à celle du corps, mais qui disparaît sous la congestion vasculaire qui lui donne une teinte diffuse livide ; on peut vérifier tous ces détails, en examinant, à travers une lame de verre qui comprime le point à examiner, ou en tendant la peau alentour.

Sur le col, et sur le visage, on ne trouve que quelques saillies papuleuses, et de petits lacs lichénisés. Les ganglions du triangle de Scarpa existent en pléiade, mais, actuellement, ils ne font pas de saillie considérable.

Dans les périodes d'eczématisation, le suintement se produit sur toutes les parties du corps. Dans les périodes d'accalmie, sauf la pigmentation et les cicatricules, il ne reste rien, et notamment pas de lichénisation.

La localisation est prédominante aux membres inférieurs, sur les parties antéro-externes.

L'examen de ce malade en accalmie, et au début de l'exacerbation qui, pour lui, à l'inverse du précédent, se fait en été, rapproché du précédent, suffit à montrer la polymorphie singulière de ces dermatites qu'il faut suivre pendant plusieurs années sur le même malade pour en comprendre toute l'étendue.

Observation III. — *Dermatite prurigineuse polymorphe chronique du type eczémato-lichénoïde à poussées successives, et à exacerbations hivernales chez un jeune sujet de 17 ans. La maladie, déjà très accentuée et très caractérisée en est à sa troisième année seulement. Le paroxysme hivernal est en voie d'extinction.*

Jeune homme de 17 ans, tailleur, entre à l'hôpital St-Louis, salle De-

vergie, nº 27, le 16 avril 1892, service de M. Ernest Besnier. M. Sabouraud interne.

Le malade affirme qu'avant l'âge de 14 ans, il n'avait aucune lésion de la peau et même qu'il n'aurait eu pendant son enfance rien qui ressemble aux maladies de l'enfance désignées sous le nom de gourmes.

Le premier début aurait eu lieu à la fin de l'été de 1889, après être venu à Paris et avoir couché dans un hôtel. Début à la face interne des deux jambes par des boutons isolés, rougeâtres que le grattage aurait excoriés et qui seraient devenus ultérieurement suintants.

Les démangeaisons et les éruptions avec la même série ont atteint les cuisses, face interne et externe, en réservant en partie le creux poplité.

L'état actuel représente un paroxysme en voie d'extinction.

État actuel. — Cuir chevelu intact. Face un peu granuleuse.

Thorax antérieur et postérieur intact, un peu pigmenté.

Région abdominale inférieure, îlots pigmentaires.

Région inguino-trochantérienne, sur un fond pigmenté saillies papuleuses excoriées par le grattage,

Sur les membres supérieurs, avec maximum, sur la face antéro-externe, pigmentation, excoriations de grattage et placards mixtes d'eczématisation et de lichénisation.

Pléiades ganglionnaires inguinales. Organes génitaux intacts.

Face interne des 2 cuisses couverte de placards de dermatite mixte dirigés obliquement de bas en haut et de dehors en dedans suivant des lignes de grattage très accentuées.

Région rotulienne réservée, vastes placards mixtes pigmentés suivant une ligne verticale qui va presque entièrement de l'épine iliaque antéro-supérieure, à quelques travers de doigt au-dessus de la malléole externe.

Régions inférieures de la jambe et de l'avant-bras, régions du poignet et du cou-de-pied, mains et ongles entièrement libres.

Ce troisième exemple complète notre première série en montrant les lésions telles qu'elles se présentent dans la période de déclin du paroxysme hivernal.

La dermatite se montre sous forme de placards livides sur fond pigmenté, avec saillie papuleuse et traces de grattage, papuleux ou linéaire qui indiquent que le prurit survit.

IV

Les dermatites dont je viens de présenter trois exemples choisis, à dessein, parmi les plus simples, ne sont pas les seules qui soient prurigineuses, chroniques, exacerbantes, paroxystiques, mais ce sont les seules dans lesquelles les lésions cutanées, au cours de leur longue évolution, sont non seulement multiformes, mais encore restent absolument banales jusque dans leur période d'état. Cette banalité dermatographique distingue immédiatement, et radicalement, les

prurigos diathésiques des dermatites prurigineuses à lésion spécifique ou spéciale, telles que les lichens *vrais*, ou les pemphigoïdes du type de la maladie de Duhring-Brocq. A la vérité, dans ces maladies, il peut survenir secondairement, et accessoirement, des lésions banales, des bulles dans le lichen ou des lichénisations vulgaires, et, dans la maladie de Duhring des kératinisations, et des proliférations papillaires, etc. Mais, dans tous ces cas, il s'agit de phénomènes accessoires, exceptionnels, épisodiques, et non de phénomènes propres et réguliers comme dans les prurigos *diathésiques*.

Dans les prurigos, la banalité dermatographique fait partie essentielle de la période d'état, pendant laquelle la peau revêt, sur des points différents, ou sur les mêmes points, les divers aspects de la dermo-épidermite papillaire que l'on désignait dans l'ancienne dermatologie sous le nom de « lichen » comme radical, avec des qualificatifs variés à l'infini, ou les formes et les variétés multipliées de l'épidermodermite catarrhale, exsudative, que l'on désigne encore sous le nom d'eczéma.

Ces deux états dermatographiques, nous les désignons, et nous proposons de les désigner, par les termes synthétiques et abréviatifs de *lichénisation* et d'*eczématisation*.

Le mot de *lichénisation ne veut pas dire* transformation en lichen, ni état de lichen, mais simplemeut état de la peau, désigné *autrefois* sous le nom de lichen, état lichén*oïde*; c'est une *lésion*, étiologiquement et anatomiquement banale, *et non* une *maladie*. Le terme de *lichen* reste pour nous exclusivement applicable à un groupe morbide très individualisé, à lésion spéciale ou spécifique, dont le lichen de Wilson est le type le plus achevé. Quand nous nous servons du radical de *lichen* pour désigner la forme dermatologique *lichénoïde*, si bien individualisée, au sens clinique, par Vidal, Brocq, Jacquet, nous ne voulons, en aucune manière, dire que ce soit pour nous un lichen *vrai*; car, malgré son individualité *clinique* habituelle, la lésion de ce type peut faire *partie intégrante* des prurigos diathésiques les plus hautement multiformes.

Quant au terme d'*eczématisation*, nous le proposons, et nous l'appliquons, pour désigner, au titre général, une *lésion* cutanée extrêmement fréquente, mais d'une banalité non moins extrême, et qui est, aujourd'hui, tout à fait insuffisante à caractériser *une maladie*. Ses conditions pathogéniques sont très variées, et une fois produite, la lésion cutanée peut prendre les aspects et les caractères les plus divers, en raison de son conflit avec la condition extrinsèque, et le parasitisme secondaire ou primaire. C'est une lésion-symptôme dont la valeur séméiologique et les conditions étiogéniques sont entièrement à reprendre en sous-œuvre.

Voilà, je l'espère, suffisamment indiquée dans ses grandes lignes,

la conception que je propose ; son développement, toujours basé sur des faits, fera l'objet de communications ultérieures.

M. Vidal. — La dermatose du second des malades présentés par M. Besnier ne me paraît pas rentrer dans le prurigo. Il y a chez lui des folliculites sudoripares d'où l'on fait sortir par expression une gouttelette de liquide. On aperçoit également chez lui des petites cicatrices, non de papules de prurigo, mais de lésions de folliculites.

Il y a déjà plusieurs années que j'ai attiré l'attention de mes élèves sur les folliculites et périfolliculites sudoripares, encore peu connues, plus fréquentes pendant la saison chaude et généralement confondues avec l'*eczéma papulatum* ou avec le prurigo, en particulier avec l'affection décrite sous le nom de prurigo d'été.

Chez le troisième de ces malades des applications irritantes, entre autres des applications de goudron ont également provoqué des cicatricules.

M. E. Besnier. — Les objections que pose mon savant collègue M. Vidal, sur la nature idradénique, supposée par lui, aux lésions que présente mon second malade, alors même que cette nature sudoripare serait établie, ne changent rien à l'exposé de la maladie dont il est atteint et qui se compose, dermatographiquement, d'une série de lésions multiformes dans lesquelles l'eczématisation vulgaire entre pour une part considérable, eczématisation dont les membres inférieurs portent la trace évidente, bien que le malade soit, ce dont mon savant collègue ne tient pas compte, seulement aux premiers linéaments de son paroxysme estival.

Quant au rôle que les applications irritantes ont pu jouer dans la formation des cicatricules que le troisième malade porte sur le thorax, cela change-t-il quelque chose à la signification des lésions en acte du type le plus net de l'eczémato-lichénisation du prurigo, que chacun peut constater sur lui ? Ces altérations, si elles sont traummatiques ne changent rien à l'état fondamental.

M. Vidal. — Je suis d'accord avec M. Besnier sur le polymorphisme de ces manifestations.

L'élément névropathique est chez ces malades le plus important ; c'est le facteur principal de ces déterminations cutanées. Il faut en ajouter un autre qui a son importance, l'élément lymphatique et Devergie avait raison de distinguer les nerveux-scrofuleux comme prédisposés au lichen agrius.

Pour arriver à constituer l'ensemble morbide auquel j'ai donné le nom de lichen polymorphe ferox, il faut la réunion de deux ordres de lésions que l'on a souvent confondues : les lésions primitives et les lésions deutéropathiques, surajoutées.

Voici, à mon sens, comment les choses s'enchaînent.

Ce qui se montre tout d'abord c'est le *prurit ;* c'est chose fréquente chez les enfants à l'époque de la première dentition.

En *second lieu*, viennent sous l'influence du grattage les lésions urticariennes, et puis les papules.

C'est ainsi que se constitue le strophulus pruriginosus de M. Hardy.

Si l'irritation est intense et répétée, il se fait, il s'installe du *prurigo*,

c'est-à-dire de grosses papules dues au grattage. Suivant l'intensité et la répétition du grattage on obtient ainsi des lésions papuleuse différentes, plus ou moins analogues à celles du prurigo, les unes petites (lichen), les autres plus grosses (prurigo).

Ces papules en se réunissant forment des *plaques* au niveau desquelles la peau est épaissie.

A ces lésions primitives, fondamentales peuvent s'ajouter et s'ajoutent souvent des lésions d'ordre secondaire qui rendent plus grande encore la variabilité et la complexité des possibilités cliniques : ce sont des lésions d'eczéma, des abcès superficiels résultant de l'inoculation microbienne. Cette inoculation étant plus facile chez les scrofuleux, il en résulte que ceux-ci présentent volontiers ces modifications à un degré élevé de développement.

On voit donc comment, en partant de la notion du nervosisme et du lymphatisme préexistants, on arrive à concevoir la production des complexus dermopathiques dont vient nous entretenir M. Besnier.

M. E. Besnier. — Aucune argumentation mieux que celle de M. Vidal ne peut, à mon sens démontrer le bien fondé de mes propositions, et je la prends entièrement à mon actif.

M. Baudot. — Il y a 25 ans, Bazin aurait qualifié ces cas de scrofulides bénignes (lichen et eczéma scrofuleux).

M. Brocq. — M. Besnier veut-il me permettre de lui demander s'il range ces cas dans le prurigo de Hebra, ou s'il les place à côté ?

M. E. Besnier. — C'est là précisément l'objet de l'étude que je poursuis et qui a pour but de déterminer si les cas que je présente, bien que sortant par des points divers du cadre de Hebra, ne nécessitent pas, en raison de leurs analogies flagrantes, que ce cadre soit élargi.

M. Brocq. — La remarquable communication de mon excellent maître M. le Dr E. Besnier remet à l'ordre du jour la question des lichens et en montre toute la difficulté. Si je prends aujourd'hui la parole c'est que j'étudie ce sujet depuis de longues années avec mon excellent maître, M. le Dr E. Vidal, et que je crois être arrivé déjà à poser nettement le problème et à en résoudre quelques points. C'est en 1886 que M. Vidal a repris l'étude des lichens des anciens auteurs français ; c'est en 1886 également que j'ai publié mes premiers articles sur ce sujet dans la *Gazette hebdomadaire*. Surpris de voir qu'au Congrès de 1889 M. le Dr Vidal avait été seul à vouloir dissocier les anciens lichens des eczémas alors que tous les dermatologistes étrangers et la plupart des dermatologistes français acceptaient sans discussion les idées de l'école de Vienne, je me suis mis à étudier la question de plus près, et je me suis dans ces trois dernières années efforcé de préciser ce qu'elle pouvait avoir d'obscur.

C'est ainsi qu'en 1891, dans un mémoire fait en collaboration avec mon excellent collègue et ami M. le Dr Jacquet, j'ai mis hors de doute l'existence en tant qu'entité morbide distincte de l'affection à laquelle M. Vidal

donne le nom de lichen simplex chronique circonscrit, que nous avons dénommée névrodermite circonscrite chronique, et qui correspond, comme je vais le dire tout à l'heure, à mes lichénifications primitives circonscrites. J'ai été heureux d'entendre à l'instant même mon excellent maître M. Besnier déclarer qu'il admettait l'existence de cette dermatose.

Mais ce n'était évidemment là qu'un premier pas dans l'étude de ces affections complexes. Lorsque j'ai voulu poursuivre mes recherches sur les anciens lichens des auteurs français, je me suis vite aperçu qu'il fallait le faire avec une méthode toute autre que celle qui avait été suivie jusqu'ici, sous peine de tomber dans les mêmes confusions et les mêmes obscurités que mes devanciers, et c'est pour cela que j'ai pris comme point de départ ma théorie de la lichénification que mon maître M. Besnier me fait le grand honneur d'admettre, ce dont je le remercie de tout cœur : il est vrai qu'il propose de changer le mot que j'ai adopté en celui de lichénisation, cela m'est d'ailleurs parfaitement indifférent, car c'est pour moi un principe de ne jamais soulever de querelle de mots.

Bien que cette théorie de la lichénification se trouve dans plusieurs de mes publications antérieures, je demande à la Société la permission de la lui exposer en peu de mots pour bien fixer les idées sur ce point.

Lorsqu'une personne prédisposée, et cette prédisposition est indispensable, lorsqu'une personne prédisposée, dis-je, exerce sans cesse un traumatisme quelconque sur un point précis des téguments, siège de prurit, si elle se gratte en un mot, elle peut déterminer comme l'a fort bien prouvé M. Jacquet, avec une rapidité plus ou moins grande, des altérations cutanées toutes spéciales : la peau s'épaissit, devient dure et rugueuse, les papilles s'hypertrophient, se groupent même parfois de façon à simuler des papules assez irrégulières et inégales : bientôt les téguments offrent un aspect particulier caractérisé par de l'exagération de leurs plis naturels, qui forment une sorte de quadrillage à mailles plus ou moins régulières, et par une infiltration plus ou moins accentuée des téguments qui ont perdu leur souplesse et leur consistance normales, tel est le processus morbide auquel je donne le nom de *lichénification.*

On comprend que cette modification particulière des téguments puisse s'observer dans les états morbides les plus divers, pourvu qu'il y ait du prurit, que le malade se gratte et qu'il soit prédisposé à la lichénification.

Cette lichénification ne peut donc être considérée que comme un syndrome. Peut-elle caractériser un groupe morbide ? Servir de base à la constitution d'un groupe lichen ? Evidemment non. Malheureusement c'est ce que l'on a fait ; et c'est pour ne pas avoir compris la réelle valeur de ce symptôme que les dermatologistes ont commis tant d'erreurs à son égard.

Quand on examine avec soin les affections diverses dans lesquelles elle se montre, on arrive à se convaincre que la lichénification peut se produire d'emblée sur une peau saine du moins objectivement et être ainsi le premier phénomène morbide objectif, ou bien qu'elle se produit consécutivement à des éruptions antérieures.

De là deux grands groupes bien distincts ; l'un auquel j'ai donné le nom de lichénifications primitives, et dont le type est fourni par le lichen simplex chronique circonscrit de M. le Dr E. Vidal : ici l'état nerveux, le prurit

cutané est l'élément premier de l'affection ; la lichénification existe à l'état pur ; l'autre auquel j'ai donné le nom de lichénifications secondaires ou de dermatoses lichénifiées et dans lesquelles la lichénification ne se produit qu'après d'autres éruptions (eczéma, lichen plan, prurigo de Hebra, mycosis fongoïde, etc.); ici la lichénification n'est qu'un épiphénomène en quelque sorte, mais un épiphénomène d'une importance considérable, puisque sa présence dans une affection peut en modifier complètement l'aspect éruptif, et indique que le système nerveux cutané est intéressé dans une certaine mesure, puisque le prurit a été assez intense, le grattage assez violent, la prédisposition du malade assez accentuée pour déterminer la production de cette sorte de trouble traumatique et trophique de la peau.

Il est certain que toutes les maladies dont nous parlons sont dominées par une sorte d'état nerveux général, de névropathie, qui porte plus spécialement du côté des téguments et détermine ce que j'appellerai une névrose cutanée se traduisant par des crises de prurit. Mais toutes les dermatoses dans lesquelles on observe ce grand caractère doivent-elles être rangées dans un seul et même groupe auquel on pourrait donner le nom de Prurigo ? Evidemment non, à moins d'étendre singulièrement la valeur de ce terme, et d'en faire une sorte de nom générique comprenant des espèces morbides bien distinctes les unes des autres.

Nous avons déjà commencé l'étude de tous ces faits, et nous avons déjà distingué plusieurs types, tous réunis par le trait commun de l'excitabilité du système nerveux général et cutané, mais distincts les uns des autres par des particularités cliniques des plus importantes.

C'est ainsi que la dermatite herpétiforme de Duhring, notre dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives doit vraiment être regardée elle aussi comme une névrodermie chronique récidivante.

Les urticaires chroniques sont du même ordre et doivent ce me semble être rangées tout à côté.

Très voisins sont encore ces faits qui ont été décrits par mon excellent maître M. le Dr E. Vidal sous le nom de variété prurigo du lichen polymorphe ferox (Prurigo de Hebra) et dans lesquels on voit se produire pendant de longues années, probablement toute la vie, sans que l'on connaisse encore de médication, des papules assez volumineuses, variant comme dimensions de celles d'un tout petit pois à celles d'une petite noisette, d'un rouge pâle ou d'un rouge vif, parfois couronnées d'une vésicule, parfois d'une pustule, disséminées çà et là sans ordre aucun sur tout le corps et même sur la face et le cuir chevelu, extrêmement prurigineuses, à tel point que les malades ont parfois de véritables crises nerveuses : néanmoins, malgré les grattages incessants et furieux auxquels il ne cessent de se livrer, ils ne produisent pour ainsi dire pas de lichénification. C'est là une forme bien distincte du Prurigo de Hebra typique que vient de nous montrer M. le Dr Besnier, et cependant beaucoup d'auteurs américains semblent considérer cette seule dermatose comme étant le véritable Prurigo et ils réservent aux cas semblables à celui que nous venons de voir le nom d'eczéma lichénoïde.

Très voisines encore de ces divers types morbides, quoiqu'elles en soient distinctes au point de vue objectif et évolutif, sont ces névroses cutanées

que l'on voit survenir par crises chez des sujets névropathes et que j'ai décrites sous le nom de névrodermites primitives diffuses.

Il n'y a pas jusqu'au lichen planus qui ne se rapproche, lui aussi, par quelques points du grand groupe dont je parle, à tel point que mon excellent ami M. le Dr Jacquet l'y fait rentrer, le mettant tout à côté du type précédent. Cependant cette opinion mérite encore d'être sérieusement discutée avant d'être admise comme définitive. Je crois en effet que dans la plupart des cas de lichen plan il faut distinguer deux éléments qui fort souvent sont intimement unis, mais qui peuvent aussi être distincts : 1° un état presque toujours accentué d'excitabilité nerveuse, de névropathie cutanée ; 2° l'éruption elle-même.

C'est ainsi que j'ai pu observer en ville le fait suivant : J'ai été appelé l'année dernière en consultation par un de mes amis pour une de ses clientes, âgée de 48 ans environ, obèse, névropathe au dernier degré, atteinte depuis plusieurs mois d'une éruption typique presque généralisée de lichen plan et de démangeaisons incessantes. Sous l'influence d'un traitement assez énergique qui consista surtout en l'administration à l'intérieur de l'arsenic à hautes doses, et en applications externes de préparations hydrargyriques, le lichen plan disparut au bout d'un mois et demi à deux mois. Les démangeaisons se calmèrent, mais l'état névropathique général persista. Après deux ou trois mois de guérison apparente, la malade ressentit de nouvelles démangeaisons des plus pénibles sans percevoir d'éruption, peu à peu cependant les téguments se modifièrent, mais le médecin habituel, mon ami, ne reconnaissant plus l'éruption de lichen plan et voyant que l'arsenic à l'intérieur, le mercure à l'extérieur ne produisaient pas d'effet utile, eut de nouveau recours à moi, je ne trouvai plus vestige d'éruption de lichen plan : mais par contre des lésions de lichénifications diffuses des téguments ; il y avait névrodermite et des plus accentuées.

Ce fait semble donc prouver que chez le même sujet l'état névropathique cutané peut exister soit avec une éruption de lichen plan qui complique la scène morbide et peut même alors être modifié dans son aspect par cet état névropathique en ce sens qu'il se lichénifie grâce au grattage, que d'autre part l'état névropathique cutané peut exister chez ce même sujet à l'état pur, sans que l'éruption de lichen planus se montre ; il ne se produit alors que de la simple lichénification dermique sous l'influence du traumatisme. Donc un individu, quoique prédisposé au lichen plan, n'aura pas un lichen plan par cela seul qu'il aura une névrose cutanée et qu'il se grattera : le grattage peut irriter le lichen plan, le rendre plus vif, le transformer, le lichénifier ; à lui seul il ne semble pas être suffisant pour le produire.

Mais je m'arrête, car je m'aperçois que je dévie et d'ailleurs mon but n'est pas de donner à la Société un tableau d'ensemble des névroses cutanées et des névrodermites.

Ce que je veux dire en terminant, c'est combien je suis heureux de voir mon excellent maître M. le Dr E. Besnier apporter l'appui de son autorité et de sa magistrale compétence à l'étude de ces affections si intéressantes qui nous occupent depuis si longtemps M. le Dr E. Vidal et moi ; mais je veux aussi ajouter qu'il me semble nécessaire pour arriver à établir des groupes distincts et bien établis dans ces dermatites si obscures de s'en

tenir aux principes que j'ai déjà posés dans mes travaux antérieurs : 1° de faire abstraction de la lichénification, de remonter à la lésion cutanée primitive ; 2° de s'occuper de l'ensemble de la maladie, de son évolution, de l'état général, etc..., et non plus seulement de la lésion locale.

M. Ernest Besnier. — La présentation de mes trois malades est une simple introduction à une étude tellement complexe, que je la pose, à dessein, dans ses termes les plus élémentaires. Si je suivais, dès aujourd'hui, mon savant collègue et ami, M. Brocq, sur le terrain large et élevé où il me convie, je dévierais de cette ligne.

Je présenterai simplement deux observations personnelles l'une sur les mots, l'autre sur les principes.

Sur les mots. — J'ai employé, et je propose, le terme de *lichénisation* pour dénommer, abréviativement ce que l'on connaît depuis longtemps en dermatologie sous le nom d'*état lichénoïde*, et ce que M. Brocq a appelé « *lichénification* » avec cette particularité que mon savant collègue attache à ce mot une signification, et une extension que je ne donne pas au mot de *lichénisation*, lequel représente, pour moi, un état pathologique, une lésion, dont la notion anatomique, clinique, pathogénique, etc., a besoin d'être complétée avant qu'il soit possible de l'interpréter à fond. Le mot d'*eczématisation* que je propose, et que j'emploie, est de même, un terme abréviatif pour désigner, sans lui donner aucune signification systématique prématurée, et simplement pour représenter l'*état eczématique de la peau*, une lésion, non une maladie, plus complexe encore et plus difficile à déterminer complètement que la lichénisation. Ces deux lésions, lichénisation, eczématisation, peuvent exister isolément à titre primitif ou secondaire, coïncider, se succéder, alterner, se superposer, et se combiner dans des conditions de complexité telles qu'une observation plus avancée, et surtout des faits nombreux et précis sont nécessaires avant qu'on en puisse faire la détermination absolue.

Sur les principes. — Il est des maladies dans lesquelles la lésion par son unité, sa spécificité, etc. prime tout l'ensemble, et suffit à une caractéristique nosologique ; il en est d'autres dans lesquelles la lésion par sa banalité, sa multiformité est, au contraire, primée par l'ensemble des caractères cliniques. Ces dernières, auxquelles s'applique le principe rappelé par mon savant collègue, sont plus nombreuses qu'on ne le supposait d'abord et il a bien fait de formuler ce principe dogmatiquement. Mais ce principe de pathologie générale a été, de tout temps, appliqué ; c'est celui que Hebra a mis en pratique en créant le prurigo d'après un ensemble de caractères, et non d'après la seule lésion, et en établissant ainsi un type morbide que l'on n'avait pas compris avant lui. C'est celui qui a guidé Duhring dans l'institution de la dermatite herpétiforme et d'autres encore ; c'est enfin, si je puis me citer après des dermatologistes aussi éminents, celui que j'applique depuis longtemps, en travaillant à l'épuration de l'herpès, du lupus, du pemphigus, du lichen, etc., et actuellement en abordant l'étude de l'eczéma, et des prurigos diathésiques, dans la mesure de mes forces. C'est une tâche très étendue, à laquelle nous concourons tous, et dans laquelle nous devons nous soutenir et nous encourager les uns les

autres, et si j'y apporte mon concours c'est que je pense que nous ne saurions être trop nombreux, et que ce travail simultané, cette collaboration sont indispensables au progrès.

Herpes gestationis. Dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse,

Par M. BATAILLE.

La malade, que nous avons l'honneur de présenter à la Société, est un beau type de cette maladie que Milton a le premier dénommée herpes gestationis. On sait que Duhring la fait rentrer dans sa dermatite herpétiforme. M. Brocq, dans son travail des Annales 1888, s'est rangé à cette opinion et l'a décrite sous le nom de dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse. M. Besnier la classe dans son groupe des affections pemphigoïdes.

Elle en a, au complet, les caractères constitutifs : 1° récidives : 1re éruption, à l'occasion d'une cinquième grossesse, deux jours après la délivrance ; 2e éruption actuelle, au quatrième mois de la sixième grossesse. C'est donc un de ces cas que M. Brocq appelle mixtes.

2° Polymorphisme éruptif : plaques érythémateuses, vésicules, bulles, croûtes ; début, pour les deux attaques, à l'avant-bras droit, et, détail curieux signalé dans deux cas par M. Brocq, le premier élément, sur l'abdomen, est né à l'ombilic.

3° Phénomènes subjectifs : démangeaisons, prurit, cuisson, grattage, ont précédé l'éruption dans la première invasion, ont suivi dans la seconde.

4° Bon état général dans les deux cas.

5° Poussée actuelle plus intense, plus durable que la première.

Ces caractères sont d'ailleurs décrits en détail dans l'observation suivante :

OBSERVATION. — Fig..., Irma, journalière, âgée de 26 ans.

Antécédents héréditaires : nuls ; ni affection nerveuse, ni affection cutanée chez les ascendants ou chez les frères et sœurs.

Antécédents personnels : bon état antérieur de santé ; pas souvenir d'aucune maladie, même dans l'enfance ; pas trace de syphilis, d'alcoolisme, d'hystérie ; pas d'affection cutanée antérieure, jamais d'urticaire, d'herpès, etc. Actuellement enceinte ; grossesses multiples :

1re grossesse : en 1885, enfant vivant.

2e grossesse : en 1887, enfant vivant, bien portant : la mère à eu à la suite des abcès aux seins, 9 à droite, 7 à gauche ;

3e grossesse : en 1888, enfant mort à 13 jours de cholérine ;

4e grossesse : en 1889, enfant mort à 7 mois, également de cholérine.

5e grossesse : en 1891, enfant mort à 3 mois 1/2 de méningite.

6e grossesse : actuelle, dernières règles le 15 décembre 1891.

Époque du début et évolution de l'éruption. — Rien, absolument rien à signaler coïncidemment avec les quatre premières grossesses, ou après l'accouchement; la malade affirme n'avoir eu ni démangeaisons, ni prurit, n'avoir vu ni rougeur, ni boutons quelconques à un moment donné.

La première éruption s'est produite à l'occasion de la *cinquième grossesse après la délivrance.* Il n'y a pas eu, pendant le cours ou vers la fin de la grossesse, de signes prémonitoires, phénomènes subjectifs ou objectifs. Le début, après accouchement est donc dans ce cas des plus nets. Celui-ci a eu lieu le dimanche 17 mai à 7 heures 1/2 du matin.

Dans la nuit du 18, la malade est prise de démangeaisons intolérables aux deux bras, au ventre, aux cuisses ; elle ne cesse de se gratter, incapable de dormir, obligée de se lever à chaque instant pour se rafraichir : elle transpirait abondamment.

Le lendemain matin, quarante-huit heures exactement après la délivrance, apparition des *premiers boutons à la partie antérieure de l'avant-bras droit,* puis successivement à l'avant-bras gauche, au ventre, aux cuisses ; au ventre, c'est à l'ombilic qu'est né le premier élément éruptif. Bientôt, sur ces boutons, d'abord isolés et peu nombreux, se sont formées, comme dit la malade, de petites boules d'eau. Mais ils se multiplièrent très rapidement, de manière à constituer de grands placards semblables à ceux de l'éruption actuelle et que nous décrirons plus loin.

Cette première invasion dura un mois, s'accompagnant de démangeaisons continuelles, de prurit, brûlures, cuissons, mais sans insomnie, sans troubles de la santé générale et la malade pouvait vaquer à ses occupations habituelles. Elle dit que des taches rouges ont persisté deux mois après, mais sans laisser la moindre pigmentation.

Récidive, 2e éruption. — Tandis que la première s'était faite après l'accouchement, celle-ci a lieu *pendant le cours de la grossesse actuelle, au 4e mois :* Le début a eu lieu il y a près d'un mois, cette fois sans phénomènes subjectifs prémonitoires. La localisation initiale a été encore la *partie antérieure de l'avant-bras droit;* puis trois jours après le gauche, le ventre, les cuisses ont été ultérieurement envahis, et sur le ventre, l'ombilic le premier.

Polymorphie de l'éruption. — Comme dans l'invasion précédente, les premières traces visibles de l'éruption ont été des boutons, larges à peu près comme des lentilles, surmontés bientôt de vésicules qui s'agrandirent peu à peu jusqu'à présenter le diamètre d'une pièce de 0,20, 0,50, 1 franc. Ces éléments d'abord isolés, par suite de la multiplication incessante d'éléments nouveaux et de leur extension propre, arrivèrent bientôt à s'unir et se confondre pour constituer les deux larges placards que nous avons actuellement sous les yeux.

Ces placards occupent presque toute la longueur et presque toute la surface de la partie antérieure des deux avant-bras : 17 cent. de long sur 10 de large à droite et 15 cent. de long sur 10 de large à gauche. Sur toute cette surface, l'épiderme est soulevé, décollé, formant une vaste ampoule, irrégulièrement mamelonnée, bosselée. On peut y distinguer : par places,

de petits éléments miliaires, en d'autres points des vésicules nettement formées, ailleurs de grosses bulles comme des noisettes, les unes tendues par un liquide légèrement jaunâtre, clair, les autres plissées ou affaissées. Il y a peu de suintement : au milieu des vésicules en évolution, des croûtes épaisses, adhérentes, de couleur jaune verdâtre ; par endroits des érosions rouges, irrégulières, comme après vésicatoire, mais pas d'ulcérations à proprement parler. Il n'y a pas de phlyctènes.

La nappe sur laquelle reposent ces éléments est à peu près ovalaire, surélevée, œdémateuse : toute la bordure en est constituée par des vésicules naissantes, mal délimitées, formant de petits reliefs ou soulèvements opalins qui donnent un aspect chagriné à la peau rouge, érythémateuse. En certains points on peut discerner trois zones : une interne, la bordure de vésicules naissantes ; une intermédiaire, large d'un demi-centimètre, où la peau est blanche, normale ; une externe, figurée par un mince liséré rose vif.

Autour de ces placards principaux sont groupés des éléments satellites : 1° des petites papules rouges, saillantes, irrégulièrement circulaires, éléments initiaux de l'éruption ; 2° des plaques de la dimension de pièces de 0,50, 1 et 2 francs très saillantes, les unes lisses, les autres chagrinées, la plupart surmontées de vésicules, quelques-unes avec une croûtelle centrale ; 3° des bulles grosses comme des noisettes, et des vésicules isolées, tantôt entourées d'une suffusion érythémateuse, tantôt sur peau saine.

A l'avant-bras gauche ces éléments aberrants sont beaucoup plus nombreux et rapprochés au point d'être déjà réunis et confondus en quelques places, au niveau de la surface postérieure et interne du membre : c'est un nouveau placard en formation, et l'on prévoit l'instant proche où il se réunira au premier plus avancé dans son évolution éruptive.

A l'abdomen, l'aspect est différent de ce que l'on observe aux membres supérieurs. Ce qui domine ici ce sont des lésions eczématoïdes, représentées par des nappes érythémateuses d'un rouge foncé avec, au centre, de petites excoriations multiples, annulaires dans leur ensemble. On n'y voit ni bulles, ni vésicules. Sur le reste de l'abdomen, et la racine des cuisses, éléments disséminés, généralement de grandes dimensions, pièces de 1, 2 francs. Mêmes éléments sur les seins : un groupe remarquable sous l'aisselle gauche, constitué par 6 papules en rosaces avec papule centrale, rappelant l'aspect des syphilides en bouquet.

L'ombilic est rouge, excorié, suintant. A la face interne des deux pieds quelques plaques rouges, chagrinées.

Sont absolument indemnes : la face, la cavité buccale, la bouche, le cuir chevelu, le cou, le dos, les lombes, les fesses, la partie supérieure du thorax, les épaules, les bras, les mains, la vulve, les membres inférieurs.

Phénomènes subjectifs. — Immédiatement avec l'éruption, les démangeaisons, les sensations de cuisson, de brûlure sont survenues et n'ont pas cessé depuis, mais sans beaucoup d'intensité, n'empêchant pas le sommeil, plus marquées à l'abdomen qu'aux avant-bras. Il n'y a ni anesthésie, ni hyperesthésie.

L'état général est excellent, l'appétit est conservé : pas de fièvre.

Au dire de la malade cette seconde éruption est *plus intense que la pre-*

mière : sa durée en sera certainement aussi plus longue, puisque voilà déjà 5 semaines qu'elle a débuté.

Les urines renferment un peu d'albumine.

M. Brocq. — Cette malade rentre dans la règle générale. Lorsque la dermatite herpétiforme se montre pour la première fois, elle apparaît soit après la délivrance, soit à la fin de la grossesse. Aux grossesses ultérieures, elle se montre beaucoup plus tôt.

M. E. Besnier, — Il est bien remarquable que l'action de la grossesse, si évidemment excitante de la lésion cutanée, puisse être, dans quelques cas, *inhibitoire*. J'ai publié dans les notes de Kaposi l'observation d'un cas de maladie de Duhring dans lequel l'éruption a cessé au moment de la grossesse et pendant sa durée, pour reparaître après le retour de couches.

M. Brocq. — Une observation semblable à celle de M. Besnier se trouve citée déjà dans mon travail de 1888.

M. Vidal. — La dermatite herpétiforme après avoir disparu au début peut aussi réapparaître vers la fin de la grossesse.

Trichophytie des pieds greffée sur un eczéma,

Par Djelaleddin Moukhtar (de Constantinople).

Le malade (D... âgé de 21 ans) que j'ai l'honneur de vous présenter, n'a pas le même intérêt que les autres malades dont je vous ai entretenus dernièrement au point de vue des caractères de la trichophytie dans les régions à épiderme corné épais ; mais il offre cette particularité que le trichophyton est venu s'implanter sur une lésion d'une autre nature.

En effet le malade est atteint d'eczéma aux deux mains et aux deux pieds (l'observation devant être publiée ultérieurement, je me bornerai à indiquer le siège de l'éruption). Les placards d'eczéma occupent aux deux mains, sur la face palmaire : l'éminence thénar toute entière, une partie du creux de la main et le pli du carpe ; sur la face dorsale une petite étendue sur le bord cubital à gauche, sur le bord radial à droite. Les doigts présentent également des surfaces d'eczéma sur leur surface dorsale. Les pieds sont atteints dans la région interne de la plante, la lésion déborde sur la face dorsale surtout du pied droit ; des deux côtés il y a aussi des placards sur le bord externe de cette même face dorsale ; il s'agit de surfaces eczémateuses à larges squames et sans bords nets. Il y en a au moins une dizaine, plus ou moins isolés les uns des autres.

Les pieds seraient malades depuis deux mois et demi et les mains depuis un mois et demi.

J'ai examiné successiuement et très minutieusement toutes les plaques et je n'ai trouvé le trichophyton que sur les plaques plantaires. Le parasite se rencontre aussi et en plus grande quantité dans l'épiderme de vésicules qui siègent à la face palmaire du gros orteil droit. Malgré toutes mes recherches je n'ai rien trouvé aux mains et sur le dos des pieds.

Il me paraît plus que probable que dans ce cas le trichophyton s'est cultivé sur des plaques d'eczéma ; il s'agit donc d'une infection secondaire par le parasite.

Affection parasitaire du pied analogue, sinon identique à la maladie dite de madura par Genny et Vincent, v. page 577.

Le Secrétaire,
Albert Mathieu.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Dermatite herpétiforme. — Ittmann et Ledermann. Die Dermatitis herpetiformis (Duhring) und ihre Beziehungen zu verwandten Affectionen (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1892, p. 381).

Cas I. — J. T..., âgée de 66 ans, mariée. Ni syphilis, ni tuberculose. Famille saine. Sa maladie actuelle a commencé en 1885 sur les faces de flexion des deux avant-bras par des bulles avec sensation de brûlure, en groupes, reposant sur des foyers rouges plus ou moins larges.

L'éruption s'étendit ensuite par poussées successives, séparées par de courts intervalles et s'accompagnant d'un violent prurit, de sorte que le 12 janvier 1886, lorsque la malade entra à la clinique, son état était le suivant :

Femme peu musclée, peau sénile, ridée. L'affection est surtout prononcée sur les membres supérieurs, les cuisses, dans les plis inguinaux, les régions scapulaires et sous-scapulaires, moins sur les régions fessières, l'abdomen et la poitrine. Le cou et la face sont presque tout à fait indemnes. Sur les avant-bras où l'éruption est ancienne, taches pigmentaires rouge jaunâtre, à bords tranchés, vésicules isolées ; en outre, plaques plus petites, brunâtres, recouvertes de croûtes ; sur les autres régions du corps où les éruptions sont de date plus ancienne, foyers irréguliers plus ou moins étendus, rouge brun. Sur ces plaques, efflorescences, qui sont plus anciennes au centre et surtout plus récentes à la périphérie et ont un caractère papuleux, vésiculeux et papulo-vésiculeux. Parfois 3 à 4 de ces éruptions sont réunies en groupes, d'autrefois elles forment de grandes plaques et présentent une extension périphérique. Les vésicules, de grosseur variable, sont tendues et contiennent un liquide séreux, clair. Il existe aussi des éruptions purement érythémateuses. Prurit actuellement modéré.

16 janvier. Nouvelle poussée de bulles sur les bras et les cuisses, accompagnée de prurit et de sensation de brûlure.

20 février. Après une amélioration notable, de nouvelles vésicules et bulles se sont développées, avec prurit très pénible et sensation de brûlure.

Le 25. Nouvelle éruption sur les avant-bras, les épaules et le dos (groupes de papules, vésicules et bulles outre des formes mixtes).

Du 13 au 20 mars. Apparition à trois reprises différentes, sur diverses régions, de groupes de vésicules, papules et vésico-papules. En même temps nombreuses plaques érythémateuses sur les cuisses et groupes

isolés de macules et de vésicules. Violent prurit. L'état général s'est aggravé.

1er avril. L'exanthème disparaît, il ne se produit plus de nouvelles éruptions ; état général meilleur. Quelques jours plus tard il ne reste que de nombreuses pigmentations. La malade part guérie.

En avril 1887 elle revient à la policlinique pour une nouvelle éruption semblable à la première.

Un mois plus tard (3 mai 1887) cette malade entre de nouveau à la clinique. L'affection actuelle a envahi la face interne des membres supérieurs, ainsi que les surfaces de flexion et d'extension ; en outre le creux des aisselles, la moitié inférieure du cou, le dos, la région fessière et la partie interne des deux cuisses sont envahis ; quelques efflorescences isolées sur l'abdomen. Le cuir chevelu, la face, les mains, les jambes et les pieds sont indemnes. Poils et ongles normaux.

Toutes les lésions sont le siège d'un vif prurit et consistent en taches rouge mat, en élevures semblables à des plaques ortiées, en vésicules et en croûtes. Sur les cuisses, les vésicules, par leur confluence, forment des bulles. L'exanthème est disposé en groupes, avec tendance à se développer à la périphérie. Sur les bras, dans le creux des aisselles, le dos, les efflorescences ont une forme circinée. Dans cette dernière région les vésicules prédominent, il existe en outre de nombreuses croûtelles à groupement annulaire. Dans la région fessière, larges plaques érythémateuses ; sur leurs bords, éruptions bulleuses à forme circinée. Pas d'engorgement ganglionnaire, muqueuses normales.

Les 10, 17 mai et 2 juin, poussées de vésicules, bulles et papules en groupes, avec prurit et sensation de brûlure.

Le 2 juin. Amélioration, toutefois il est survenu de nouvelles vésicules, des papules et de *petites pustules* à contenu purulent dès le début, sur les bras, les cuisses et le cou.

18 juin. Depuis 15 jours l'affection a diminué : l'état général s'est aussi amélioré. Vif prurit sur tout le corps sans nouvelles éruptions.

4 août. Il y a eu encore deux poussées.

Comme traitement on a fait 40 injections d'arsenic, les unes additionnées de cocaïne, les autres d'acide phénique ; de plus a on prescrit environ 30 gr. d'antipyrine à l'intérieur et les pommades les plus variées. Mais de tous ces remèdes aucun n'a eu d'influence appréciable. La malade quitte l'hôpital aujourd'hui. Depuis il n'est plus survenu d'attaques aussi violentes et son état est supportable.

Cependant l'affection n'est pas encore éteinte car de temps en temps apparaissent des poussées plus atténuées, elles sont accompagnées de prurit, de sensation de brûlure, d'affaissement et de fièvre légère. Dans les intervalles, la malade se sent bien ; la peau ne présente alors que des taches pigmentaires, de légères rougeurs et quelques croûtes.

Dans ces dernières années on n'a plus rien su de l'état de la malade.

Il s'agit donc dans ce cas d'une dermatose chronique ayant duré quatre ans, et non encore guérie à l'époque où on a cessé de l'observer. Les éruptions survenaient par poussées, à de certains intervalles, et étaient toujours polymorphes, en groupes, de forme serpigineuse et provoquaient de violentes

démangeaisons. La maladie était parfois accompagnée de troubles de l'état général, une fois elle fut précédée de frissons et d'élévation de température jusqu'à 39° C.

Lorsque la malade revint à la clinique, — le 3 mai 1887, — en comparant les éruptions visibles à ce moment avec les symptômes observés lors de son séjour antérieur à l'hôpital et en tenant compte des renseignements anamnestiques, il fut enfin possible de faire le diagnostic de maladie de Duhring.

Cas II. — Garçon de 29 ans, brasseur, entré à la clinique le 31 mars 1890.

Antécédents. — Au commencement de 1886, ce malade fut traité pour la gale, et resta bien portant jusqu'à l'automne de la même année où il eut la première attaque de son affection actuelle. Elle consista alors en une éruption généralisée, vésiculiforme, accompagnée d'un prurit intense, surtout au lit. Depuis lors ce malade a eu plusieurs attaques de même nature. Ni l'arsenic ni aucun autre remède n'ont exercé d'influence appréciable. Les poussées disparaissaient toujours spontanément au bout de quelque temps pour revenir à des intervalles variables.

État actuel. — Homme musculeux, d'apparence saine. Nombreuses taches pigmentaires brunes, de dimensions très différentes sur tout le corps, à l'exception de la face. Aux bras, les surfaces d'extension, aux jambes les surfaces de flexion paraissent plus particulièrement envahies. Partout efflorescences papuleuses, de la grosseur d'une tête d'épingle, les unes isolées, les autres en groupes ; plaques érythémateuses à disposition circinée, guérissant au centre et à bords recouverts de papules, en légère desquamation et avec excoriations superficielles. Vésicules sur un petit nombre de plaques, certaines parties donnent l'impression de plaques d'eczéma en légère desquamation. L'éruption est surtout prononcée dans les points exposés à des frottements. Sur le tronc, nombreuses papules isolées, squameuses ou croûteuses. Ganglions inguinaux et cubitaux insignifiants du côté droit.

Du 3 au 21 avril. Sur les épaules, vésicules distinctes situées au bord de plaques érythémateuses circinées. Sur les avant-bras, papules miliaires, rouge pâle, isolées, récentes. Prurit assez vif, surtout la nuit, vésicules à disposition circinée, papules, *petites pustules*, plaques érythémateuses. Toutefois le 8 avril, au milieu de la face externe de la jambe droite, plaque de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, bien délimitée, un peu rouge et tuméfiée, dans laquelle on voit quelques points isolés, un peu plus rouges. Il s'agit sans doute d'un érythème noueux intercurrent.

Sur la jambe gauche, petites nodosités rouge livide, douloureuses à la pression.

Donc jusqu'au 21 avril, éruptions polymorphes accompagnées d'un vif prurit. Ce même jour la malade part guérie ; depuis le 16 elle n'avait pas eu de nouvelle poussée.

Ce cas est caractérisé par la marche chronique de la maladie, se traduit par des attaques isolées, par le polymorphisme des efflorescences, par la vive irritation prurigineuse qui, avec la localisation irrégulière des éruptions, empêche toute confusion avec l'érythème multiforme, ainsi que par l'état relativement satisfaisant de la santé. Ce cas est encore intéres-

sant par la coïncidence de l'érythème noueux qui survint pendant le plus fort de la maladie primitive et disparut encore avant le décours de l'autre dermatose.

Cas III. — Ce cas concerne une fille de 15 ans. L'affection fut considérée au début comme un eczéma chronique et ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'on reconnut avoir affaire à une dermatite herpétiforme de Duhring. Les symptômes caractéristiques ont été : la multiformité de l'exanthème, la disposition herpétiforme peu évidente au début, l'irritation prurigineuse considérable, et consécutivement l'épaississement chronique de la peau, les récidives à intervalles irréguliers. Dans ce cas ont manqué, il est vrai, les symptômes que Duhring indique comme pathognomoniques pour le prélude de chaque attaque ; mais cette absence a été signalée dans d'autres cas.

On sait que la maladie de Duhring est précédée par une période prodromique consistant en faiblesse, abattement, troubles constitutionnels, fièvre de la chaleur et une sensation de froid, dont l'intensité est en général proportionnelle à la gravité du cas, et qui dans les formes graves cloue les malades au lit, même avant l'apparition de l'éruption. Ce n'est qu'au bout de 3 à 4 jours que se manifeste le tableau morbide proprement dit.

Avant le début de l'exanthème et pendant sa durée les parties atteintes sont le siège de prurit et de sensations de brûlures très intenses, aussi faut-il considérer les démangeaisons comme un symptôme caractéristique.

La dermatite herpétiforme est une dermatose inflammatoire caractérisée par un exanthème très susceptible de transformations dans le cours de la maladie, lequel affectionne tout particulièrement un type fondamental déterminé d'efflorescences érythémateuses, vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses ou papuleuses et représente toujours un mélange de quelques-unes ou de toutes ces formes éruptives.

L'exanthème apparaît soit sur différentes régions du corps en même temps, sans aucune prédilection pour des parties déterminées, ou s'étend graduellement d'une région à tout le corps. Un fait digne de remarque c'est le caractère herpétiforme de l'exanthème, autrement dit la disposition en groupes ou circinée, serpigineuse des efflorescences.

Duhring tient ce type annulaire herpigineux (comme dans l'herpes iris) pour un symptôme si caractéristique qu'il a pour ce motif donné intentionnellement à la maladie le qualificatif d'herpétiforme.

Après avoir décrit en détail l'évolution de l'affection, les auteurs rappellent qu'elle est caractérisée par des poussées, de formes éruptives, en général nouvelles, séparées par des intervalles de durée variable, de telle sorte que ces poussées toujours nouvelles, jointes à la tendance constante de l'exanthème de se transformer en une autre variété, constituent un autre élément caractéristique de la dermatite herpétiforme ; parfois il y a des mois, même des années d'intervalle entre les éruptions isolées et les cycles d'éruption.

La marche chronique est donc aussi un caractère typique de l'affection.

Enfin la dermatite herpétiforme n'entraîne jamais une terminaison fatale, quand elle survient elle est toujours la conséquence de complications internes.

La cause de la maladie est inconnue. Duhring toutefois est convaincu qu'il s'agit d'une affection nerveuse.

Les exanthèmes peuvent être très multiformes. Duhring a décrit six variétés, d'après la prédominance d'une forme éruptive déterminée.

La conception de Duhring a été acceptée en bloc par les auteurs anglais et américains ; en France, sous l'impulsion de Brocq, on exprima le désir d'élargir le cadre étroit qui renfermait le tableau morbide esquissé par Duhring et d'y ajouter une série de cas semblables, quant à la forme, mais s'en séparant dans leur évolution. En Allemagne on n'a jusqu'à ces derniers temps consacré aucune étude détaillée à la maladie de Duhring, à l'exception de la thèse d'Ittmann, d'une publication d'Unna et d'un mémoire de Mues.

On sait que Kaposi fut un des premiers qui s'éleva énergiquement contre la théorie de Duhring. (V. son ouvrage et le compte rendu du Congrès de Paris, 1889.)

Les auteurs protestent absolument contre l'opinion de Kaposi qui ne voit dans la maladie de Duhring qu'une conception collective des dermatoses les plus différentes, accompagnées de papules, pustules, vésicules et bulles, dont un dermatologiste expérimenté peut extraire tantôt un tableau morbide typique depuis longtemps connu, et tantôt un autre.

Est-ce que vraiment tous ceux qui partagent les idées de Duhring n'auraient ni l'aptitude ni le sens diagnostique, ni les connaissances nécessaires pour reconnaître et distinguer les uns des autres, dans leurs différentes formes les tableaux connus d'un eczéma chronique — même atypique — érythème multiforme, pemphigus ? Le caractère de la dermatite herpétiforme semble si typique, les phénomènes qui se déroulent sur la peau sont dans leur ensemble si caractéristiques que, dans les cas tranchés, le diagnostic différentiel ne présente pas de sérieuses difficultés.

Toutefois la dermatite de Duhring est difficile à séparer du pemphigus tel qu'on l'entend aujourd'hui.

Ne va-t-on pas jusqu'à réunir dans cette classe unique toutes les affections de la peau avec bulles, sans tenir compte de l'étiologie, de l'évolution, des autres symptômes cutanés. Celui donc qui appelle pemphigus tout ce qui présente des bulles devra aussi appeler pemphigus la dermatite de Duhring.

Mais c'est un mérite de cet auteur d'avoir essayé, — et selon Ittmann et Ledermann avec succès — de détacher de ce vaste cadre au moins un groupe et d'avoir établi une maladie *sui generis* bien caractérisée.

L'affection désignée aujourd'hui sous le nom de pemphigus est toujours un exanthème exclusivement bulleux, dépourvu de tout caractère herpétiforme. Si d'autres efflorescences, comme des érythèmes, des papules, des pomphi, surviennent dans cette variété de pemphigus, au sens restreint du mot, elles ne sont que l'avant-coureur des bulles et de si courte durée, que constamment le caractère bulleux principal de l'exanthème persiste. Il faut donc regarder comme maladie de Duhring, la forme de pemphigus caractérisée par la polymorphie de l'ensemble de l'exanthème.

Deux éléments caractéristiques distinguent la maladie de Duhring de l'érythème multiforme : l'irritation prurigineuse intense qui ne manque jamais et l'absence complète d'une localisation déterminée.

L'ezéma vésiculeux se différencie facilement des cas typiques de maladie de Duhring ; dans l'eczéma, l'irritation prurigineuse n'est pas à beaucoup près aussi vive que dans la dermatite herpétiforme, aussi les effets du grattage sont-ils beaucoup moins caractérisés.

Et puis la disposition herpétiforme et en groupes de l'exanthème est un critérium très important, et finalement la forme des efflorescences isolées, principalement dans les variétés vésiculeuses des deux maladies, fournit des distinctions génériques importantes. Les vésicules diffèrent essentiellement dans les deux maladies, leurs caractères sont connus. En outre une différence importante existe dans la multiformité des deux affections ; lors même que dans l'eczéma plusieurs formes éruptives apparaissent en même temps, le tableau morbide est loin de présenter le type varié, multiforme, qui change facilement dans les différents accès, et qui est si nettement caractérisé dans la dermatite herpétiforme.

Enfin l'examen microscopique que les auteurs ont eu l'occasion de faire sur des fragments de peau excisés sur le malade du cas I leur ont donné un certain nombre de points de repère pour le diagnostic différentiel, il est vrai plutôt en ce qui concerne l'eczéma que le pemphigus.

Les auteurs formulent ensuite quelques courtes remarques sur les bulles en général, le qualificatif herpétiforme, dans la dermatose dont il est question, exigeant tout particulièrement qu'on tienne compte de l'histologie des bulles et des vésicules.

Dans les fragments de peau de dermatite herpétiforme examinés au microscope par Ittmann et Ledermann on trouve les vésicules décrites par Leloir : à savoir des espaces vides plus ou moins grands recouverts en haut et en bas par des cellules du réseau, qui, lorsqu'ils atteignent une dimension excessive, détruisent le corps papillaire et pénètrent jusque dans le derme ; ils renferment en général dans leurs mailles un tissu en forme d'éventail et de nombreuses cellules rondes.

On y rencontre aussi des espaces creux non cloisonnés, recouverts d'une lamelle cornée mince, sans participation visible du tissu épithélial sous-jacent. L'épithélium est dans les autres points à peu près intact, on ne voit ni mitoses ni cellules migratrices entre les cellules épithéliales intactes ; il n'y a pas non plus d'extension prononcée des prolongements du réseau qui pourraient faire croire à une tuméfaction œdémateuse.

Le derme ne présente que dans les points où les bulles arrivent jusque dans le tissu conjonctif une forte infiltration inflammatoire, tandis que dans d'autres parties les processus inflammatoires restent dans des limites très modérées.

D'après sa situation anatomique la maladie de Duhring appartient donc, eu égard aux idées de Touton sur la formation des bulles, incontestablement aux affections bulleuses, mais elle se distingue du pemphigus (cet auteur place le siège de la bulle dans les couches moyennes du réseau et entre la bulle et la vésicule il n'établit que des différences graduelles de grosseur) — abstraction faite du caractère multiforme de l'exanthème, — par le siège très profond de ses vésicules (Leloir), tandis que Kaposi place au contraire le siège des bulles de pemphigus dans les couches les plus superficielles de l'épithélium. Dans la dermatite il y a donc : 1° des bulles, comme dans le

pemphigus ; 2° des vésicules, comme dans l'eczéma. Mais la maladie de Duhring se distingue essentiellement de l'eczéma, par les modifications épithéliales plus légères (l'absence de mitoses et par le passage des leucocytes à travers l'épithélium, processus qui, d'après Leloir, jouent un rôle important dans l'eczéma aigu). Puis dans l'eczéma, les processus inflammatoires du tissu conjonctif de la peau jouent un rôle essentiel, tandis que dans la dermatite le tissu conjonctif ne participe que d'une manière tout à fait accessoire et même seulement secondaire au processus morbide.

Aussi les auteurs ne peuvent-ils sous aucun rapport partager l'opinion de Kaposi qui rejette la dermatite herpétiforme en tant que maladie spéciale. Ils croient de plus que le type morbide établi par Duhring dans sa forme actuelle, est trop restreint et ils adoptent la manière de voir de Brocq qui a tracé une nouvelle voie.

On sait que ce dernier auteur désigne l'affection décrite par Duhring sous le nom de dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives (qui serait d'après Brocq une variété des arthritides bulleuses de Bazin) et qu'il a décrit trois groupes morbides.

Brocq a depuis modifié son opinion (V. traitement des maladies de la peau, 1890) ; il laisse provisoirement de côté la forme aiguë de la maladie de Duhring.

Unna a également publié un mémoire important sur la maladie de Duhring qu'il désigne sous le nom d'hydroa. (V. *Annales de dermatologie*, etc. 2e série, tome X, p. 911.)

Ittmann et Ledermann signalent encore les notes publiées par M. Ernest Besnier et A. Doyon dans la traduction de Kaposi, 2e édition, 1891.

Les auteurs de ces notes ont fait remarquer que cette question est encore dans la période d'analyse, qu'elle n'est pas prête à être tranchée, — mais qu'il est nécessaire de réformer à fond la classification des affections bulleuses, avant tout du pemphigus. Ils ont donc été amenés — seulement par force majeure — à étudier un grand groupe d'affections bulleuses sous le radical de pemphigus. Ils en ont séparé un groupe d'affections bulleuses de la peau qu'il désignent sous le nom de pemphigoïdes et qu'ils subdivisent en variétés (V. l'ouvrage indiqué ci-dessus).

1. Dermatites bulleuses complexes ou multiformes, idiopathiques, primitives (hydrodermies multiformes). — Hydroos de divers auteurs. — Dermatite herpétiforme de Duhring. — Dermatite polymorphe douloureuse de Brocq.

2. Érythèmes multiformes bulleux. Toxidermies bulleuses (hydrotoxidermies).

Le premier groupe correspond à la maladie de Duhring, ils le classent provisoirement d'après la division donnée par Brocq dans son travail d'ensemble, et ils admettent aussi la forme aiguë.

Si l'on compare les points de vue de Duhring, de Brocq et d'Unna, on remarque que la maladie décrite par Duhring est admise complètement et sous tous ses points par les deux derniers auteurs. Mais Brocq et Unna acceptent, outre la forme chronique considérée par Duhring comme caractéristique, avec évolution durant des années et récidives irrégulières, d'autres variétés qui ont une marche plus courte, mais qui d'ailleurs rem-

plissent les conditions signalées par Duhring (exanthème polymorphe sans prédilection spéciale pour des points déterminés, caractère herpétiforme, état général relativement bon malgré une forte irritation prurigineuse, marche bénigne, symptômes prodromiques existant le plus souvent). Unna se sépare de Brocq en ce qu'il désigne la récidive, quoique à de courts intervalles — par conséquent une évolution en semaines et en mois au lieu d'années — comme un phénomène nécessaire pour le diagnostic de la dermatite herpétiforme, tandis que Brocq reconnaissait aussi une variété aiguë consistant en une attaque unique; mais cet auteur a ensuite modifié son opinion dans le sens d'Unna.

Ittmann et Ledermann croient, contrairement aux plus récentes communications de Brocq, et contrairement à Duhring et à Unna, qu'une seule et unique attaque, à évolution d'ailleurs cliniquement identique à la dermatose de Duhring, suffit à caractériser le tableau morbide tout entier. Ceci résulte de leurs recherches personnelles et de celles consignées dans la science. (Le décours typique et caractéristique de l'attaque isolée met dans les cas de ce genre à l'abri d'une confusion avec les exanthèmes médicamenteux, ce que Unna craignait). Ils pensent que la forme morbide en elle-même, si on peut l'établir ainsi nettement et la séparer des autres variétés de maladies de la peau, permet de constituer une affection spéciale et ils ne sauraient voir dans la différence surtout accidentelle et graduelle des conditions étiologiques un élément essentiel de différenciation. Quant à l'étiologie on ne sait absolument rien.

Les auteurs citent ensuite un cas observé à la clinique de Breslau qui rentre dans les faits décrits par Brocq sous le nom de variété aiguë de maladie de Duhring.

Il s'agit d'un malade qui était dans un état extrêmement misérable. Il est alité depuis des années, son affection actuelle de la peau ne remonterait qu'à quelques semaines. Ce malade étant dans le délire il fut impossible d'obtenir de renseignements.

Emphysème et catarrhe bronchique. Nombreuses efflorescences de volume très variable, vésicules, papules, le plus grand nombre sur le tronc, en faible proportion sur les bras et les jambes, nombreuses à la face, quelques-unes seulement sur le cuir chevelu. La coloration des éruptions récentes est rouge mat, les anciennes plus pâles. Sur les jambes et la poitrine disposition en partie herpétiforme. Vésicules atteignant jusqu'à la grosseur d'une lentille sur les faces dorsales des mains et des pieds. Bon nombre d'efflorescences ont une dépression centrale.

Débris de bulles antérieures. Papules humides, rouge intense, sur le prépuce, la crête anale et dans le creux des jarrets. La face palmaire du côté gauche est dépouillée d'épiderme, rouge intense, nombreuses rhagades. On ne peut savoir s'il y a prurit. Sur les parties non envahies, la peau a sa coloration naturelle, un peu plus rugueuse et sèche que normalement; pas d'irritabilité particulière.

Entre les orteils, efflorescences confluentes et surfaces excoriées. Il en est de même dans les plis cutanés du cou et du sacrum. Dans la barbe excoriations dues au grattage.

Les efflorescences présentent toutes les formes de transition de la ma-

cule à la papule, des plaques ortiées aux bulles proprement dites et aux ulcérations superficielles. Les bulles sont assez flasques, reposent sur une base rouge et ont les unes un contenu séreux, les autres, notamment les plus petites, purulent. L'urèthre est aussi envahi dans une certaine étendue par ces éruptions bulleuses. Les bulles sont en général ombiliquées, analogues à des éruptions varioliques, d'autres à celles de l'herpès iris. Le malade est mort 13 jours après son entrée à l'hôpital. Sauf de nombreuses pustules survenues sur le dos à la suite de grattage il ne s'était pas produit de nouvelles éruptions.

Outre cette forme aiguë, les auteurs admettent comme sous-variété de la dermatite herpétiforme la variété décrite par Unna comme aiguë et par Brocq comme subaiguë ; ils distinguent par conséquent trois formes :

1° La forme chronique récidivant d'une manière irrégulière pendant des années ;

2° La forme subaiguë récidivant durant des semaines et des mois ;

3° La forme aiguë consistant en une seule et unique attaque.

Le retour irrégulier des récidives sans aucune circonstance déterminée est commun à toutes les variétés récidivantes,

Les auteurs ne croient pas qu'il y ait aucune raison de créer, comme l'a fait Unna, une forme de dermatose de Duhring particulière aux enfants, elle ne présente pas de caractères spéciaux.

Ils pensent aussi qu'il faut observer une certaine réserve vis-à-vis de la tentative de Brocq, de Duhring et d'Unna d'identifier l'herpes gestationis avec la dermatite herpétiforme.

L'herpes gestationis a été décrit par Milton (1872) sous ce nom, en raison de son rapport étroit avec la grossesse, toutefois 5 ans auparavant Wilson avait communiqué deux cas analogues sous le nom d'herpès circiné bulleux. Selon Duhring l'expression d'herpes gestationis serait fausse, car il ne s'agit pas toujours d'une éruption vésiculeuse, et d'autre part cette affection est indépendante de la grossesse et s'observe également chez les hommes ; en un mot, il réunit l'herpes gestationis à la sous-variété vésiculeuse de la dermatite herpétiforme. On a, en effet, publié des cas d'herpes gestationis dans lesquels on avait observé outre des vésicules, de grosses bulles, des papules et des pomphi (Liveing, Thompson).

On a également signalé des cas d'herpes gestationis qui avaient, lors de la première grossesse, un caractère exclusivement vésiculeux, dans la seconde au contraire papuleux ; dans la troisième peut-être des bulles. Duhring a donc absolument raison en disant que les exanthèmes de l'herpes gestationis n'ont pas toujours le caractère vésiculeux.

On ne peut pas davantage nier que l'herpes gestationis ne soit une maladie à récidives fréquentes et réfractaire à la thérapeutique comme la dermatite herpétiforme. Malgré cela les auteurs ne sauraient admettre que, dans tous ces cas, il s'agit purement et simplement de la dermatose de Duhring. Car la récidive presque classique qui ne survient que dans la grossesse, en opposition aux retours tout à fait irréguliers de la dermatite herpétiforme, est cependant une circonstance vraiment extraordinaire. Le mode de groupement dans l'herpes gestationis — qui d'ailleurs commence le plus souvent symétriquement sur les membres et dans la région du nom-

bril, contrairement à ce qui se passe dans la dermatite herpétiforme sans localisation spéciale — n'est pas si caractérisé que dans la dermatite. En résumé il ne reste quelquefois, en dehors de l'irritation prurigineuse, que la multiformité de l'exanthème, qui peut provisoirement justifier une comparaison, mais non une réunion de la maladie de Duhring avec l'herpes gestationis.

Selon les auteurs il n'est pas démontré qu'il faille absolument ranger dans la maladie de Duhring toutes affections de la peau décrites dans la science qui coïncidaient avec la grossesse, c'est-à-dire récidivaient, même quand il existerait une certaine ressemblance soit dans la marche (récidive), soit dans la forme (apparition herpétiforme et multiforme). Tant qu'on ignore l'étiologie d'une maladie il faut s'en tenir à la forme dermatopathologique du symptôme. Par conséquent ils comprennent les éruptions de la grossesse, qui présentent les caractères de la dermatose de Duhring, parmi les cas déjà cités de Liveing, Thompson et Cottle ; dans l'érythème, un cas décrit par Cottle sous le nom d'érythema gestationis, dans le pemphigus, celui de pemphigus aigu prurigineux publié par Chausit.

Si l'on veut pour des raisons déterminées distinguer toutes ces affections non d'après la nature de l'éruption, mais au contraire les réunir d'après leur étiologie qui peut se trouver identique dans tous les cas, il est possible de les considérer tous comme des variétés d'une seule et même dermatite de la grossesse. On ne saurait nier que ce groupe ne soit analogue à la maladie de Duhring, c'est le prurit, ce qui est commun aux deux affections : les troubles fébriles liés le plus souvent à l'apparition de l'exanthème, la disposition en général herpétiforme des éléments éruptifs, ainsi que parfois une certaine multiformité de l'exanthème.

Ce qui constitue par contre la différence, c'est le retour constant de l'une de ces affections dans la grossesse, tandis que la maladie de Duhring dans sa forme chronique ne revient d'ordinaire qu'à des intervalles indéterminés; et cet élément étiologique (la grossesse) paraît devoir être considéré non seulement comme une cause occasionnelle, mais aussi comme un facteur essentiel d'importance étiologique directe, d'autant plus que des maladies certainement circonscrites, — l'impétigo herpétiforme d'Hebra, — sont occasionnées directement et uniquement par la grossesse. En d'autres termes, les auteurs ne contestent pas que des attaques de dermatite herpétiforme coïncident accidentellement avec les grossesses, qu'elles peuvent même disparaître sous leur influence, seulement la récidive occasionnée par la grossesse n'est pas par elle-même un motif de rattacher un exanthème à la maladie de Duhring ; il faut encore que cet exanthème soit l'éruption connue de cette affection.

Les auteurs citent un exemple très concluant pour prouver que la dermatite herpétiforme n'a en elle-même aucuns rapports avec la grossesse. Ce cas est emprunté à Duhring.

Chez une femme de 28 ans, qui depuis 3 ans 1/2 avait des attaques typiques de dermatite herpétiforme, il survint de nouveau, au troisième mois de sa grossesse, une nouvelle attaque qui fut suivie de nouvelles poussées

aux quatrième et cinquième mois. Par contre, au sixième mois la peau se nettoya, les exanthèmes disparurent en grande partie et il ne survint plus tard qu'une seule attaque légère et passagère. Au moment de l'accouchement il ne se produisit que de légers œdèmes superficiels de la peau et on n'observa pas d'éruptions dans les mois qui précédèrent et suivirent la délivrance. Ce n'est que plus tard que la maladie revint de nouveau aussi intense qu'auparavant.

Ce cas montre précisément une disparition de la maladie pendant plusieurs mois durant la grossesse et les couches, bien qu'on puisse regarder la malade comme prédisposée à la dermatite herpétiforme.

D'autre part, Ittmann et Ledermann considéreraient le cas publié par Köbner (1869) avec le diagnostic de pemphigus aigu comme un cas typique de maladie de Duhring, lequel dans ses récidives n'était en connexion qu'avec des grossesses.

Une autre conception morbide, l'hydroa, mérite de prendre place ici, il en est question dans la science dans plusieurs cas intéressants, quoique moins souvent que du pemphigus.

On a cherché de divers côtés à donner une définition précise et un groupement de toutes les affections désignées collectivement sous le nom d'hydroa. Mais aucune de ces définitions et de ces groupements systématiques n'a éclairci en réalité cette dénomination, qui d'ailleurs n'a pas pris droit de cité dans la littérature allemande des maladies de la peau. En y regardant de près le diagnostic hydroa n'a comme particularités spécifiques que le prurit constant comme symptôme prodromique, ainsi que les éruptions parfois multiformes, principalement vésiculeuses, qui seraient plus volumineuses que dans l'herpès et plus petites que dans le pemphigus. On a aussi créé plusieurs sous-variétés de l'hydroa qui oscillent entre l'herpès et le pemphigus.

Ils rappellent principalement, en ce qui concerne la dermatite herpétiforme, l'hydroa bulleux (forme arthritique d'hydroa établie par Bazin avec éruptions qui ressemblent surtout au pemphigus), ainsi que l'hydroa herpetiforme affection plutôt analogue à l'herpès.

Après les communications de Duhring on a publié quelques cas avec le diagnostic ci-dessus, mais le nom d'hydroa ne fut choisi que pour désigner la variété vésiculeuse, c'est-à-dire bulleuse, de la dermatite herpétiforme. Quelques-uns de ces cas présentent en réalité une grande ressemblance avec la maladie de Duhring, de sorte qu'on peut facilement les ranger dans l'une ou l'autre des variétés de cette affection ; dans d'autres, les symptômes caractéristiques de la dermatite herpétiforme sont trop peu caractérisés pour permettre de les identifier avec elle.

Voici un cas que Taylor a publié sous le titre de : *A contribution to our knowledge of the hydroa bulleux of Bazin and of the dermatitis herpetiformis of Duhring.*

Il s'agit d'un homme, âgé de 29 ans, atteint de maladie de Bright, d'hypertrophie du cœur et d'œdème des poumons. Outre ces malaises, il survint brusquement un exanthème vésico-bulleux à la face, au cou et aux oreilles ; cette éruption formait des groupes et occasionnait une vive sensation de brûlure. L'exanthème se dessécha peu à peu, et disparut au bout de 15 jours.

Hydroa bulleux, d'après Taylor ; mais cet auteur pense que la maladie n'était que la forme bulleuse de la dermatite herpétiforme. A un examen attentif, on peut se demander s'il faut ranger ce cas dans cette maladie. Il a sans doute de commun avec elle le vif prurit et le caractère herpétiforme. Par contre, la multiformité est trop peu caractérisée.

L'éruption consistait en vésicules et petites bulles de pemphigus, toutefois il n'y avait ni plaques érythémateuses ni papules. Enfin tandis que les cas véritables de dermatite herpétiforme s'étendent à tout le corps sans prédominance de régions déterminées, l'éruption dans le cas de Taylor était limitée à la face, au cou et à la face dorsale des mains.

Le diagnostic de dermatite herpétiforme n'est donc pas justifié.

Un cas d'hydroa rapporté par Payne se présente de la même manière. Il s'agissait d'un garçon de 18 mois qui fut subitement atteint d'une éruption de vésicules et de bulles, survenant par poussées et qui duraient de 8 à 10 jours. Payne fit le diagnostic d'hydroa, mais rapprocha la maladie de la dermatite herpétiforme. On peut faire ici les mêmes objections que pour le cas de Taylor.

En opposition aux cas précédents les auteurs signalent celui relaté par Robinson sous le titre : hydroa, impétigo herpétiforme. C'est un exemple typique de la variété aiguë de la maladie de Duhring.

Ce cas concernait un enfant âgé de 10 ans, faible, qui trois ans auparavant avait eu une éruption analogue à l'affection actuelle, et qui persista plusieurs mois. Des symptômes prodromiques précédèrent l'exanthème, l'éruption envahit toute la surface cutanée et consistait en papules, vésicules et bulles, à disposition herpétiforme, qui toutes survinrent accompagnées d'un violent prurit. L'extension périphérique de l'exanthème et la dessiccation des lésions centrales donnaient en outre à l'éruption un caractère circiné. Il s'agissait par conséquent d'une éruption généralisée, herpétiforme, multiforme et très prurigineuse présentant tous les caractères d'une attaque unique de dermatite herpétiforme.

Par ce même motif les auteurs rangent encore dans la forme aiguë de la dermatite herpétiforme un cas publié par le Dr Schadeck. Il s'agissait d'un exanthème pustuleux, avec vésicules et bulles isolées, caractérisé par une disposition en groupes ainsi que par du prurit et qui, au bout de 45 jours, atteignit son apogée pour terminer ensuite par la guérison ; toutefois ce cas, par la tendance caractérisée de l'éruption à ne s'étendre que sur la moitié droite du corps, prit une marche un peu exceptionnelle.

Tout comme l'herpes gestationis l'impétigo herpétiforme d'Hebra a certaine parenté avec la dermatite herpétiforme, mais il ne saurait être question de leur identité. Duhring l'avait rattaché dans ses premières publications à sa dermatite, il l'avait même identifié avec elle. Ce n'est que tout récemment qu'il s'est décidé à les séparer. Le point de vue que Duhring a dernièrement adopté a déjà été, en 1887, défendu énergiquement par Ittmann, il a été aussi accepté par Du Mesnil et Marx, dans leur travail sur l'impétigo herpétiforme, actuellement il est admis par tout le monde. Les cas d'impétigo herpétiforme chez des hommes, publiés par Kaposi et d'autres auteurs, appartiennent-ils à ce groupe morbide ? Ils ne sauraient le dire, pas plus que pour les observations décrites par Heitzmann, Pateky et autres ;

toujours est-il qu'aucun de ces cas ne peut être désigné sous le nom de dermatite herpétiforme, puisque les symptômes caractéristiques de la dermatose de Duhring, le caractère bénin, l'état général relativement bon, etc., manquent dans ces cas. De plus, dans la plupart des observations d'impétigo herpétiforme, la coïncidence avec la grossesse ou les couches est un élément distinctif.

Voici les conclusions auxquelles les auteurs sont arrivés sur la maladie de Duhring :

1° On ne peut contester l'existence de la dermatite herpétiforme comme maladie spéciale.

2° En tenant compte des données fournies par Brocq, Unna et Ittmann et Ledermann il faut étendre le cercle de la maladie décrit par Duhring.

3° L'impétigo herpétiforme ne rentre pas dans la dermatite herpétiforme mais constitue une maladie *sui generis*.

4° Il est nécessaire, au moins provisoirement, de séparer l'herpes gestationis de la dermatite herpétiforme.

5° On peut réunir l'herpes gestationis aux affections analogues de la grossesse en un groupe multiforme semblable à la dermatite herpétiforme.

6° Le nom de dermatite herpétiforme n'est pas précis, cependant il n'est pas plus mauvais que tous ceux qui ont été proposés et qui n'indiquent eux aussi, qu'un seul symptôme. La dénomination de Brocq est rationnelle, sauf sa longueur, mais elle ne fait pas ressortir l'*herpétiformité*.

A. Doyon.

Dermatose épidémique. — Thomas D. Savill. On an epidemic skin disease, somewhat ressembling eczema and pityriasis rubra (*British journal of Dermatology*, février et mars).

Dans le courant de l'été de 1891 et jusqu'en automne, le district ouest de Londres a été éprouvé par une épidémie singulière, dont M. Savill a pu observer 163 cas et dont il présente une relation détaillée.

L'importance des faits auxquels a trait ce mémoire exige que nous en fassions l'analyse. Il s'agit peut-être là d'une entité morbide nouvelle. Du reste les faits sont par eux-mêmes assez étranges pour s'imposer à l'attention.

C'est à la Paddington infirmary que l'auteur fut témoin de l'épidémie qu'il relate, et c'est de juillet à octobre, sur un total de 846 malades que furent observés les 163 cas semblables de cette affection.

Il la définit : « Une maladie contagieuse dans laquelle la lésion princi-
« pale est une dermatite, affectant quelquefois la forme vésiculeuse et tou-
« jours terminée par une desquamation de l'épiderme : ordinairement
« accompagnée d'un certain ensemble de symptômes généraux et accom-
« plissant son évolution en un laps de temps de sept à huit semaines ».

L'éruption qui est le principal symptôme de la maladie peut servir à la diviser en trois périodes ou stades distincts.

1° Un stade papulo-érythémateux.

2° Un stade d'exsudation et de desquamation.

3° Un stade de retour à l'état normal.

Parfois, avant le stade érythémateux, une période d'invasion d'une durée de 3 ou 4 jours est marquée par de l'inappétence, de la faiblesse et aussi par un prurit sans lésions. Puis l'éruption survient. C'est un érythème qui débute ordinairement par les bras, les épaules ou le devant de la poitrine, quelquefois par la face, plus rarement par les membres inférieurs.

Ce sont le plus souvent des plaques qui rapidement se joignent par leurs bords, mais ce peut être aussi une véritable roséole, dont les macules toujours légèrement papuleuses deviennent confluentes. L'érythème s'accompagne constamment d'une congestion intense avec épaississement du derme. Aux membres inférieurs, et dans les points où l'hypoderme est constitué par un tissu cellulaire lâche, il se produit souvent de l'œdème.

Sur le fond érythémateux de la lésion se distinguent à la vue et plus facilement au toucher de nombreuses efflorescences papuleuses. Leurs bords sont ordinairement mal délimités, cependant les papules peuvent être, — et c'est ce qu'on observe surtout dans la roséole du début, — circonscrites par des bords circulaires très nets.

Ces éléments peuvent persister longtemps sans changer de forme mais d'autres fois, en s'étendant en surface, les papules s'affaissent à leur centre. Leur pourtour très élargi forme ainsi de véritables anneaux dans l'aire desquels se voient d'innombrables petites vésicules.

Fréquemment du reste, sur le fond érythémateux de la lésion, vers le second ou le troisième jour apparaissent des vésicules ordinairement de dimensions minimes et presque aussitôt rompues par le grattage.

Au bout d'une semaine environ, commence un second stade : « Exsudation or desquamation ».

Et ici deux variétés :

Ou bien les papules deviennent d'abondantes vésicules qui se rompent et laissent écouler un liquide séreux, promptement fétide. C'est la forme humide que l'auteur compare à de l'eczéma aigu.

Ou bien ce stade manque et est remplacé par une desquamation sèche, intense ; l'épiderme se renouvelant incessamment et s'exfoliant, tantôt en petites squames furfuracées, tantôt en plaques larges comme la main. C'est cette forme sèche que l'auteur compare au pityriasis rubra. Même dans ces cas, l'éruption présente aux plis articulaires, des surfaces vésiculeuses humides. Cette exfoliation *continue*, dure de trois à huit semaines, puis (stage of subsidence) elle s'atténue par degrés avec la rougeur. Il persiste pendant longtemps un épaississement du derme qui est tel qu'aux paupières il produit de l'ectropion. Puis la peau présente un aspect vernissé et luisant qui va s'affaiblissant peu à peu.

Presque sans exception la terminaison de la maladie s'accompagne d'une alopécie totale : chute des cheveux, des sourcils, des cils, du poil de tout le corps, et pour un temps l'individu devient absolument glabre.

C'est alors aussi, que surtout chez les gens âgés peuvent survenir un grand nombre de complications. Car ce n'est pas là une maladie bénigne : il y a eu 23 morts sur 163 malades. Il est vrai de dire qu'elle a été surtout fréquente chez les gens âgés. Ordinairement, peu de symptômes généraux : de l'anorexie, de la prostration et une faiblesse très accusée, se poursuivant même au cours de la convalescence.

Symptôme capital : la maladie évolue sans fièvre.

Chez les vieillards on a même noté de l'hypothermie. Au plus fort de l'éruption, on observait quelquefois une température de 38°,5 à 39° le soir. qui revenait à la normale le lendemain.

Les symptômes subjectifs consistaient surtout en une sensation de brûlure insupportable et en un prurit des plus intenses. L'auteur ajoute que l'insomnie était fréquente, ce qui s'explique assez facilement.

Durant cette longue maladie on a vu communément survenir d'apparentes guérisons suivies de rechutes ; certains malades en ont présenté jusqu'à 8 et même 10 et ne sont arrivés à la guérison que lorsque l'épidémie a pris fin.

Les symptômes nerveux, étant donnée surtout l'absence de fièvre, semblent avoir toujours été assez prononcés. Le subdélire nocturne d'apparence typhique n'était pas rare, le malade répondant aux questions pour reprendre immédiatement son délire interrompu.

Quand la terminaison devait être fatale, elle était annoncée par du tremblement fibrillaire, des soubresauts de tendons, et souvent une dyspnée intense sine materia.

Parmi les phénomènes accessoires de la maladie l'auteur rapporte l'état de la cavité buccale et de la langue qui semblaient le siège de phénomènes analogues au processus de desquamation des téguments. La langue au début était couverte d'un enduit épais qui s'éliminait après les premiers jours. Elle présentait alors une surface rouge comme érodée et douloureuse pendant le reste de la maladie.

La conjonctivite semblait de règle. Elle était plus ou moins marquée, les paupières laissant écouler un liquide séreux ou séro-purulent.

L'œil lui même a pu être atteint on aurait noté de l'iridocyclite et de l'iritis récidivante.

L'urine, dans la moitié des cas a présenté de l'albumine — surtout quand la surface de l'éruption était considérable et la lésion dans sa plus grande activité. L'auteur l'attribue à la surcharge fonctionnelle du rein obligé de suppléer aux fonctions éliminatrices de la peau.

Le cœur participait de l'asthénie générale, le pouls était faible et irrégulier.

Dans un cas l'éruption fut suivie d'un purpura intense et généralisé.

Enfin on a vu des éruptions furonculeuses pendant la convalescence.

La meilleure partie du travail de M. Savill a trait à la description clinique de la maladie. Malgré sa longueur elle présente cependant quelques lacunes, telles que l'état des ganglions par exemple, qui n'a pas été noté.

Ce qui a trait au diagnostic, est un peu écourté. L'auteur ne passe en revue que l'érysipèle, la rougeole, le pityriasis rubra et l'eczéma aigu. Il élimine l'érysipèle, en raison de l'apyrexie, ce qui est logique, mais aussi à cause de la forme souvent vésiculeuse de l'éruption et par ce fait « that « the rash occured in other parts (of the body) in a more typical manner » (?). Nous avouons ne pas saisir exactement ces raisons de diagnostic différentiel. N'était-ce pas ici le lieu de rechercher si l'état des ganglions ne présentait pas dans les deux affections quelques différences ?

L'identité est extrêmement improbable, — soit, — mais les points de ressemblance dans l'évolution sont frappants.

La rougeole, continue l'auteur, dans quelques cas bénins était discutable et nul doute que s'ils fussent survenus en l'absence des autres cas plus tranchés une erreur de diagnostic eut été commise.

Tout d'abord il est possible que l'erreur inverse ait été faite et que quelques rougeoles légitimes ait été méconnues parmi les cas décrits plus haut. Cette réserve faite, il ne nous semble pas possible que la description de la dermatite épidémique de M. Savill puisse s'appliquer à la rougeole.

Laissons de côté l'eczéma aigu à rejeter aussi a priori bien que pour des raisons un peu différentes de celles qu'invoque M. Savill. Il reste encore toutes les éruptions rouges généralisées, qui sont passées sous silence, dans le travail de l'auteur anglais.

On peut ne pas mentionner les autres fièvres éruptives, bien qu'à tout prendre la scarlatine mérite plutôt une discussion que la rougeole, par ses symptômes objectifs du moins.

Mais les érythèmes de cause externe, traumatiques et de cause interne — ab ingesta, — tous les érythèmes scarlatiniformes desquamatifs d'origine artificielle ont été omis sans recherches spéciales et minutieuses au point de vue étiologique, et la maladie décrite, présente avec eux des ressemblances très frappantes.

Et enfin, à supposer que ces types morbides soient écartés par une étude approfondie et documentée, il reste toute la classe des dermatites rouges desquamatives primitives.

Parmi elles, l'auteur discute seulement et en termes généraux le pityriasis rubra, dont la forme chronique n'est évidemment pas en cause. Mais le type morbide connu sous le nom de dermatite exfoliative généralisée subaiguë (Brocq), — si on en excepte la contagion, — présente un tableau clinique presque identique à celui qu'a décrit l'auteur anglais.

Le traitement n'a pu être que symptomatique, et les applications externes n'ont pas paru avoir d'action sur la marche de l'éruption. Quant à l'étiologie l'auteur mentionne parmi les causes prédisposantes l'âge avancé des sujets, dont un grand nombre avaient près de 60 ans ou d'avantage.

Les autres causes que nous mentionnons dans leur ordre : *la nourriture, le savon, la gale, l'eau, les causes atmosphériques, le sol, la saison,* ont paru n'avoir eu aucune importance dans l'origine de la maladie.

La contagion a semblé évidente, car l'auteur lui-même, et plusieurs infirmières furent atteints.

Il est à remarquer cependant que cette épidémie est restée localisée aux quartiers de l'ouest, et parmi les 22 hôpitaux de la ville, deux seulement en ont présenté des cas : ce qui montre pour une maladie très contagieuse une limitation singulière.

L'étude bactériologique de l'affection a été faite au laboratoire du professeur Klein d'une part et par le Dr Russell d'autre part, leur double étude aurait donné les mêmes résultats.

L'examen de l'exsudat des vésicules y a constamment montré la présence d'un diplocoque — aérobie, facile à cultiver sur tous milieux et qui ne liquéfie pas la gélatine.

La culture presque transparente ressemble en surface à une traînée de

peinture blanche, visible après deux jours de séjour à l'étuve ou six jours si on la laisse à la température ordinaire (in the cold (!).

V. — Le micro-organisme en question ressemble au staphylococcus albus sauf dans son agmination en points doubles et aussi en ce qu'il ne liquéfie pas la gélatine.

Le Dr Russell aurait retrouvé le même microbe dans le sang, la peau et les parenchymes, ce qui est plus démonstratif que l'analyse bactériologique d'une vésicule du tégument.

L'inoculation à un lapin d'une troisième culture obtenue *avec la sérosité d'une vésicule* a reproduit après cinq jours d'incubation une dermatite assez semblable à la maladie humaine. Le lapin qui semblait déjà guéri le 12e jour mourut subitement le 13e et son sang recueilli avec pureté et ensemencé redonna une culture pure du diplocoque inoculé.

Sans doute ces expériences sont assez probantes, mais insuffisantes cependant, croyons nous pour démontrer qu'il s'agit ici d'une entité morbide nouvelle et toute définie.

Au point de vue anatomique la lésion de la peau était une infiltration séreuse et leucocytaire de l'épiderme et du derme, assez abondante pour séparer par places les deux couches des téguments créant ainsi une vésicule.

Les lésions viscérales, grosse rate, congestion hypostatique des poumons, congestion rénale n'offraient rien de particulier.

Dans la dernière partie de son mémoire l'auteur, discute la place à donner à l'affection dans les cadres nosologiques. Doit-elle être rangée dans l'ancien eczéma ou le pityriasis rubra revêtant une forme nouvelle et épidémique. Est-ce une maladie complexe « septic eczma », « scarlatinal eczema, ou erysipelatous eczema » ?

Ou enfin est-ce une maladie spécifique et nouvelle ?

Suivent de très nombreuses observations, très détaillées et cependant incomplètes, confirmant sauf quelques exceptions le type clinique que nous avons résumé.

Mentionnons également deux photographies dont l'une au moins est remarquable. C'est une squame unique, ayant exactement la forme d'un gant, extraite tout d'une pièce, de la main dont elle provient, et à laquelle il ne manque que le tégument des dernières phalanges R. Sabouraud.

Sir J. S. Risien Russell. The bacteriology of epidemic exfoliative dermatitis. *The Brit. journ. of Dermat.*, avril 1891.

Le numéro d'avril du « *Britsh journal of dermatology* » publie les recherches bactériologiques de M. J. Russell sur la dermatite exfoliative de M. Savill. Elles viennent combler une lacune dans l'étude de la maladie, aussi demandent-elles une analyse aussi complète que la maladie elle-même.

Le plan général des recherches a compris les opérations suivantes :

1° Examen bactériologique des fragments de peau malade.

2° Ensemencement de milieux artificiels avec le sang des malades, recueilli soit durant leur vie soit après leur mort.

3° Ensemencement sur divers milieux avec la face profonde des s quames épidermiques.

4° Ensemencement des cultures mères sur plaques de gélatine pour séparer ces diverses espèces microbiennes obtenues, et cultures séparées desdites espèces sur tous milieux : gélatine, gélose, pomme de terre.

5° Examen et coloration des microbes ainsi cultivés.

6° Inoculations expérimentales pratiquées avec des cultures pures, des micro-organismes rencontrés constamment dans la maladie.

7° Des expériences de contrôle furent poursuivies concurremment : *a*) Biopsies de sujets non atteints de la même affection et examen de coupes de téguments traitées par les mêmes méthodes de coloration que la peau malade ; *b*) ensemencement des mêmes milieux artificiels avec le sang pris dans les cavités du cœur, chez des malades ayant succombé à d'autres affections.

I. *Examen microbien de la peau.* — Des biopsies de la peau malade faites avec toutes précautions antiseptiques servirent à faire des coupes colorées ensuite par diverses méthodes : colorations simples, bleu méthylène, violet gentiane, puis méthodes de Gram et de Gram-Weigert avec double coloration des tissus au picro-carmin.

Dans quelques coupes on trouva des micrococci banals et une chaîne unique de streptocoque mais dans toutes les coupes on trouva une profusion de diplocoques toujours semblables et situés dans les couches profondes du tégument.

II. *Culture du sang prélevé durant la vie du malade.* — Elles furent obtenues de trois malades. Une ponction de la peau après antisepsie de la région donna quelques gouttes de sang qui furent recueillies dans plusieurs tubes stérilisés et scellés.

Ces tubes servirent à faire des plaques de gélatine. Voici les résultats :

Dans un cas, les cultures restèrent stériles. Dans un second, cultures de microbes septiques (?) *septic organism.*

Dans le troisième, staphylocoque doré. Il est possible que l'examen du sang toujours fait longtemps après le début de la maladie ait été pratiqué trop tard.

Sang recueilli après la mort. — Le sang fut prélevé par M. Savill : le cœur enlevé rapidement fut plongé un quart d'heure dans une solution de sublimé à 1 0/0. On l'ouvrit ensuite avec un scalpel flambé et on aspira le sang dans des pipettes stériles, qui furent aussitôt fermées à la lampe. Les pipettes demeurèrent deux ou trois mois avant qu'on ne s'en servît pour faire les cultures. On obtint constamment à l'ensemencement des cultures, le même diplocoque trouvé déjà.

Dans un cas mentionné spécialement où le malade mourut en pleine éruption le sang recueilli ne contenait exactement que ce seul micro-organisme. Dans d'autres le sang était envahi déjà par les organismes de putréfaction qui donnèrent des cultures à côté du diplocoque ordinaire.

III. *Cultures faites avec la face profonde des squames de la peau.* — La région étant antiseptisée d'abord au sublimé et à l'alcool absolu, les squames furent prises avec des pinces flambées et déposées sur la surface nutritive. Sur la gélatine, entre 20 et 25° centigr, elles donnèrent de petites

colonies blanches facilement visibles à l'œil nu en 48 heures. Les colonies se présentaient avec la même apparence sur tous milieux.

Sur un malade étudié par M. le Dr Pringle comme un cas sporadique de la même affection, les cultures du sang, de la sérosité et des squames donnèrent des micro-organismes banals, mais dans aucun le diplocoque de la maladie épidémique ne put être retrouvé.

IV. Les *inoculations expérimentales* furent pratiquées dans le tissu sous-cutané abdominal de plusieurs cobayes avec une parcelle de la culture délayée dans un peu d'eau stérile jusqu'à en faire une émulsion blanche.

Deux cent. cubes de l'émulsion et même le double ne produisirent sur aucun de ces animaux un résultat appréciable. Il en fut de même d'une inoculation à l'oreille d'un lapin faite après l'avoir frottée et irritée jusqu'à l'excorier. Un autre lapin inoculé sous la peau avec quatre cent. cubes de la même émulsion ne présenta non plus aucun symptôme appréciable.

Les examens de peau prise dans les mêmes conditions à des malades atteints d'affections différentes et les cultures de leur sang ne redonnèrent jamais les diplocoques constants dans l'exfoliative dermatitis. Enfin un cas de pityriasis rubra typique que M. le Dr Pringle prêta au même examen ne donna jamais à M. Russell sur aucun milieu ni par aucun moyen le même diplocoque.

Le micro-organisme trouvé constamment dans l'exfoliative dermatitis est un diplocoque ou mieux un diplo-bacille court. Il est au moins aussi gros que le bacille de Friedländer, ses segments sont ellipsoïdaux ou en forme de bâtonnets suivant la période de leur développement. Aucune capsule n'a pu être mise en évidence autour d'eux. Ils se colorent facilement par les méthodes simples et la méthode de Gram. On les retrouve dans les tissus avec une extrême facilité par la méthode de double coloration de Weigert. Ils croissent facilement sur tous milieux à la température ordinaire mais plus vite à 20 ou 25°. Ils troublent le bouillon et se rassemblent au fond du tube en une masse blanche dont les flocons se soulèvent quand on le secoue. Sur gélatine les cultures deviennent visibles en vingt-quatre heures à 25° et deviennent tout à fait distinctes en 48 heures. Ces cultures paraissent d'abord identiques à celles du streptocoque, mais elles perdent ces caractères en 48 heures par l'extension des colonies qui se rejoignent pour former une surface à bords sinueux.

La couleur des colonies est d'un blanc bleuâtre, un peu fluorescent. Ce microbe ne liquéfie pas la gélatine, c'est un aérobie. Les cultures sur gélose sont semblables aux cultures sur gélatine. Sur pomme de terre, la culture est plus luxuriante, et les colonies présentent un relief beaucoup plus accusé. En résumé le microbe se trouve dans la peau, dans le sang, et dans les exsudations des malades, il se colore facilement, cultive facilement sur tous milieux, ne liquéfie pas la gélatine, ne se montre pas inoculable aux animaux. (Il faut en excepter une inoculation positive obtenue par M. le Dr Savill sur le lapin ?)

La constance de ce microbe dans la maladie éloigne l'idée d'une simple coïncidence. Évidemment l'absence d'inoculation positive empêche d'affirmer que l'organisme isolé est l'agent causal des lésions. Mais pour beau-

coup de microbes actuellement connus les inoculations à l'animal ne lui redonnent pas la maladie humaine. D'ailleurs de nouvelles recherches fourniront peut-être un animal plus sensible.

Le diplocoque ne ressemble à aucun microbe jusqu'ici décrit. Celui avec lequel il offre le plus de ressemblance est le staphylocoque blanc, mais celui-ci liquéfie la gélatine et se montre pathogène pour les animaux. De même le streptocoque qui se montre très pathogène et spécialement pour le lapin.

R. Sabouraud.

Purpura. — M. Lannois et J. Courmont. Sur un cas de purpura infectieux (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, janvier 1892, p. 114).

Homme de 23 ans, perdant l'appétit et les forces depuis 6 mois ; quinze jours avant son entrée à l'hôpital, douleurs gastralgiques assez fortes, et douleurs articulaires dans tous les membres ; la veille de l'entrée, expuition de sang provenant des gencives ; les taches purpuriques ont débuté sur le cou un mois auparavant.

Le jour de son entrée, anémie très intense, téguments de teinte jaune plutôt que pâle ; éruption de purpura généralisée, surtout abondante autour du cou, sur le devant de la poitrine, aux membres supérieurs et au niveau des aines, formées de petites taches rouge vif, nettement séparées les unes des autres, ne formant pas plaques ou d'ecchymoses et sans rapports avec les poils ; urines renfermant une petite quantité d'albumine et des matières colorantes en grande abondance. Le lendemain de l'entrée, on constate un paquet de ganglions sous-maxillaires du côté gauche, la température monte à 39°,8 ; le lendemain, adénopathies nouvelles sous le maxillaire, d'autres moins volumineuses dans les aines et dans les aisselles ; les jours suivants la température oscille entre 38° et 39°, il se produit de nouvelles éruptions purpuriques, des hémorrhagies gingivales, des ecchymoses palatines, la température s'élève davantage les derniers jours, le chiffre des globules rouges s'abaisse de 4,760,000 à 2,180,000, la quantité d'hémoglobine de 6 à 4, le nombre des globules blancs n'augmente pas, le malade s'affaiblit, est pris de syncopes au moindre mouvement et meurt 16 jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouve le cœur petit, l'aorte étroite, les reins très petits avec des taches hémorrhagiques, le thymus est conservé, les plaques de Peyer sont blanches, tuméfiées, volumineuses. Les ganglions sont volumineux, sans suppuration, renferment quelques microcoques en chaînettes. Les autres organes ne renferment pas de micro-organismes.

Le sang recueilli pendant la vie et après la mort et ensemencé dans le bouillon n'a donné lieu au développement d'aucun micro-organisme, il en a été de même du tissu splénique. Dans le bouillon ensemencé avec la pulpe de ganglions extirpés sur le vivant ou recueillis à l'autopsie, il s'est développé des cultures de streptocoques : ces cultures, à développement tardif, probablement à cause du petit nombre des micro-organismes contenus dans les ganglions ont donné après nouvel ensemencement dans le bouillon

ou sur gélose glycérinée des cultures se développant rapidement. Leur inoculation dans la veine du lapin a produit un érysipèle typique et, chez un jeune lapin, une ostéomyélite suppurée semblable à celle qui se développe en pareil cas à la suite des injections de streptocoque.

En résumé, il s'est agi dans ce cas d'une maladie infectieuse caractérisée par une hypertrophie ganglionnaire généralisée non suppurée, de l'hémophilie et du purpura et sous la dépendance du streptocoque pyogène.

GEORGES THIBIERGE.

Sycosis. — FABRY. Zur Ætiologie der Sycosis simplex (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1891, p. 976).

Il s'agit de deux malades de 25 et 28 ans, atteints de sycosis simple de la barbe ayant résisté à divers traitements énergiques.

En raison de la ténacité de l'affection, l'auteur se décida à faire une injection de tuberculine. Sous l'influence de doses s'élevant jusqu'à 2 milligram. il survint une violente réaction fébrile; dans les deux cas, la température monta le soir jusqu'à 40°, et la réaction locale fut exactement limitée à la peau malade.

Cette réaction consistait en une tuméfaction et une rougeur très prononcée, accompagnée de sensibilité douloureuse. Ces manifestations se produisaient après chaque injection et disparaissaient le jour suivant; elles étaient tout à fait typiques.

A l'époque où l'auteur fit les injections, il ne put constater aucune affection tuberculeuse, notamment dans les poumons. Quant au résultat thérapeutique il ne peut encore se prononcer, il signale seulement ce fait au point de vue étiologique. Il a vainement cherché les bacilles de la tuberculose dans le contenu des vésicules de pus.

Il semblerait, dit Fabry, y avoir une forme tuberculeuse du sycosis simple ou plutôt certains cas de sycosis paraissent avoir un rapport avec la tuberculose, en admettant que cette observation soit confirmée et que la valeur diagnostique de la tuberculine soit hors de doute.

A. DOYON.

THÉRAPEUTIQUE

Cantharidate de soude — MÜLLER. Mittheilungen über Cantharidinbehandlurig (*Therapeutische Monatshefte*, 1891, p. 273).

L'auteur a traité avec le cantharidate de soude quatre malades; deux atteints de lupus et de syphilis de la peau. La dose était, pour les adultes,

1 décigr., et chez les enfants 1/2 décigr. Les injections ont toujours été faites dans la région interscapulaire ; jamais on n'a observé des phénomènes inflammatoires au point injecté. Pas de réaction non plus dans les foyers morbides, sauf dans un cas (lupus exubérant de la face) où il se produisit localement une coloration rose bleu foncé, le jour où la température s'éleva à 40°. En général l'élévation de la température oscillait entre 38° et 40°, et encore ce n'est que dans un cas, et une seule fois, qu'on a observé cette dernière température. En examinant les courbes de température on voit que l'augmentation ne représente que 1/10, et seulement les jours d'injection. Même dans le cas où la température s'éleva un seul jour à 40°, il y eut le matin une rémission à la température normale. Les légères élévations fébriles doivent certainement être rapportées à la cantharidine, tandis que les températures élevées observées trois fois, tiennent sans doute à des causes accidentelles. En résumé, l'élévation de température après l'injection était toujours peu prononcée.

Le pouls, les jours d'injections, oscillait entre 85 et 114 pulsations. Jamais de troubles de la sécrétion urinaire.

Par contre l'auteur a observé un exanthème rubéolique après les injections de cantharidine, exanthème qui se reproduisit même plusieurs fois chez le même malade.

Dans les quatre cas dont Müller rapporte les observations les résultats ont été très favorables. A. Doyon.

Europhène. — Nolda. Ueber therapeutische Erfahrungen mit Europhen (O. Cresoljodid) (*Therapeutische Monatshefte*, 1891, p. 536).

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'europhène est indiqué dans tous les cas où jusqu'à présent on employait l'iodoforme ;

2° Dans les ulcères et les inflammations en suppuration son efficacité l'emporte sur celle de l'iodoforme.

3° Il a sur l'iodoforme les avantages suivants :

a) Son odeur peu prononcée et non désagréable ;

b) Sa non toxicité ;

c) Son poids spécifique moindre (cinq vol. d'europhène pèsent autant qu'un vol. d'iodoforme). A. Doyon.

Sozoiodol. — Schwimmer. Therapeutische Erfahrungen über einzelne Sozojodolpräparate, insbesondere über das Hydrargyrum Sozojodolicum (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1891, p. 467).

1° *Sozojodolate de zinc.* — Schwimmer l'a essayé dans un grand nombre de blennorrhagies aiguës et chroniques.

Dans le premier cas, lorsque la période inflammatoire était en voie de déclin, c'est-à-dire du 5e au 7e jour de la maladie, l'injection suivante faite trois à quatre fois par jour, a toujours eu une influence favorable :

Sozojodolate de zinc.	1 à 2 gr. 50 cent.
Eau distillée.	200 gr.
Laudanum.	5 gr.

Cette injection a, chaque fois, déterminé une diminution de la douleur et de la sécrétion.

Dans les blennorrhagies chroniques il emploie de préférence la formule suivante :

Sozojodolate de zinc.	1 gr. 50 à 2 gr.
Salicylate de bismuth.	2 gr.
Eau distillée.	200 gr.

Il a aussi prescrit ce médicament dans quelques cas d'inflammation catarrhale de la muqueuse naso-pharyngienne, en badigeonnages et en gargarismes et il a obtenu ici encore les meilleurs résultats de son action astringente :

Sozojodolate de zinc.	1 gr.
Eau distillée..	ââ 10 gr.
Glycérine.	

2° *Sozojodolate de soude et de potasse.* — On a utilisé ces sels soit sous forme de poudre soit sous celle de pommade :

Sozojodolate de soude.	1 à 2 gr.
Poudre de lycopode.	5 à 20 gr.

En application dans les bubons suppurés.

Sozojodolate de soude.	2 gr.
Paraffine liquide.	âà 10 gr.
Lanoline.	

Pour le pansement des plaies et ulcères.

Dans les ulcérations idiopathiques (pustules d'ecthyma, gerçures et brûlures) le sozojodolate de soude a une action plus favorable que dans les affections syphilitiques. Son application amène immédiatement la détersion des plaies et favorise la formation des granulations. Pour le traitement des bubons suppurés il rend les mêmes services que l'iodoforme, Schwimmer fait renouveler le pansement tous les deux ou trois jours ; après avoir lavé la plaie avec une solution de sublimé au millième, on panse avec la poudre de sozojodol et de lycopode et l'on applique par-dessus de la gaze au sublimé. En raison de son absence d'odeur, le sozojodol est précieux dans la pratique privée.

La solution de sozojodol à 1 0/0 a été employée avec succès pour le lavage de la vessie, ainsi que dans le catarrhe de la muqueuse et même dans l'ozène. Il faut conserver les solutions dans l'obscurité, car elles se décomposent à la lumière,

L'auteur a employé le sozojodolate de potasse dans la proportion de 2 gr. pour 10 à 20 gr. de vaseline dans le traitement des ulcères syphilitiques ou vénériens ; mais en raison de son action légèrement irritante, il faut alterner cette pommade avec d'autres remèdes.

3° *Sozojodolate de mercure.* — Schwimmer a depuis 19 mois traité tous les individus atteints de syphilis constitutionnelle uniquement par les injections de sozojodolate de mercure.

Contre le chancre syphilitique il l'a appliqué soit sous forme de poudre :

Sozojodolate de mercure	1 gr.
Poudre d'amidon	10 à 20 gr.

Soit en pommade, 1 gr. de sozojodolate de mercure pour 20 gr. de vaseline.

C'est, selon l'auteur, le meilleur médicament que l'on puisse employer dans ces cas.

De décembre 1889 à fin mars 1891 il a traité exclusivement par les injections profondes de sozojodolate de mercure plus de 200 malades.

Indurations primaires sans manifestations constitutionnelles	31
Lésions de la peau et des muqueuses	125
Condylomes larges	38
Syphilidés gommeuses et ulcéreuses	36

Voici la formule dont il se sert :

Sozojodolate de mercure	0,80 centigr.
Iodure de potassium	1,60
Eau distillée	10

D'après les résultats obtenus le sozojodolate de mercure est, selon Schwimmer, l'un des meilleurs antisyphilitiques qu'il a eu l'occasion d'employer jusqu'ici, et en injections sous-cutanées il possède une action curative qui n'est dépassée par aucun autre médicament appliqué sous la même forme. Son emploi n'entraînerait aucun des inconvénients qu'on a signalés pour les autres composés mercuriels. La solution indiquée par l'auteur est un liquide fluide, clair, transparent, d'un aspect un peu jaunâtre, ne formant pas de dépôt, qui réunit l'avantage d'une grande solubilité aux propriétés favorables des préparations peu solubles, en ce qui concerne la persistance et l'énergie de l'action. L'expérience a montré aussi qu'une injection chaque semaine suffit pour obtenir le même effet qu'avec une cure de frictions de 3 gr. pendant une semaine. Cinq à six injections correspondent donc à un traitement de près de 30 jours par les frictions. L'injection détermine bien une légère douleur. une infiltration modérée dans le tissu sous-cutané, mais ces phénomènes sont peu prononcés. Il faut faire les injections dans la région fessière, à la dose de 0,08 centigr., alternativement à droite et à gauche. L'auteur a fait plus de 1,200 injections, il n'a constaté ni abcès, ni aucun autre accident.

A. Doyon.

Thilanine. — E. Saalfeld. Ueber Thilanine (braunes geschwefeltes Lanolin (*Therapeutische Monatshefte*, 1891, p. 575).

Sous le nom de thilanine l'auteur a remis en honneur un ancien remède, le baume de soufre, l'huile de lin sulfurée, qu'on avait abandonné en raison de l'impureté de la préparation et qui était employé dans les maladies externes les plus diverses.



1



2

AFFECTION PARASITAIRE DU PIED
(VARIÉTÉ DE PIED DE MADURA ?)

1. Face externe. — 2. Face interne.

Le composé actuel est une combinaison de soufre et de lanoline. C'est une masse onctueuse, ayant à peu près la même consistance que la lanoline ordinaire, brun jaunâtre, dont l'odeur caractéristique rappelle celle du soufre.

L'emploi de la thilanine est indiqué dans les dermatoses légères, superficielles, pour remplacer une pommade indifférente et dans les cas où une action un peu plus énergique est nécessaire ; on peut donc l'utiliser comme succédané de l'onguent de Hebra, de la vaseline ou de la lanoline boriquée.

Dans trois cas d'eczéma aigu de la face la thilanine a déterminé la guérison en peu de jours, ainsi que dans un eczéma des doigts.

Par contre elle a complètement échoué dans un eczéma généralisé très aigu. Dans un eczéma de la face avec infiltration prononcée chez une femme il y eut de l'amélioration mais non la guérison.

Dans un eczéma sec subaigu de la face, dans trois cas d'eczéma chronique, deux d'eczémas squameux des jambes et un eczéma papulo-vésiculeux récidivant des mains, la guérison eut lieu en très peu de temps.

La thilanine donna les mêmes résultats satisfaisants dans deux cas d'eczéma croûteux et rhagadiforme du scrotum.

Le traitement avec la thilanine a été également efficace dans l'eczéma des enfants, soit généralisé, soit circonscrit. Dans l'eczéma croûteux du cuir chevelu des enfants, les résultats n'ont pas été aussi favorables, on observait bien une amélioration mais rarement une guérison complète. Cela tient sans doute à ce que la thilanine ainsi que la lanoline ordinaire non mélangée possèdent une consistance trop visqueuse pour être mise en contact intime avec le cuir chevelu.

Dans trois cas d'herpès zoster la chute des croûtes eut lieu en très peu de temps sous l'influence de la thilanine et le prurit fut atténué.

Dans le sycosis vulgaire la thilanine a donné de bons résultats, ainsi que dans un cas de dermatite provoquée par la chrysarobine chez un malade atteint de lichen ruber plan.

Il résulte de ce qui précède qu'il faut préférer la thilanine aux remèdes indifférents ordinaires parce qu'elle agit plus énergiquement que ces derniers; d'autre part elle n'a aucune action irritante. En outre la thilanine diminue le prurit dans un grand nombre de dermatoses. La thilanine non étendue paraît contre-indiquée sur le cuir chevelu.

L'auteur en terminant fait remarquer que la thilanine donne de meilleurs résultats qu'une pommade contenant simplement 3 0/0 de soufre, laquelle est plutôt irritante. A. Doyon.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Traitement de la syphilis par les injections de préparations mercurielles. — G. Smirnoff. Ueber die vermeitliche. Gefahr der subcutanen Calomelinjectionen (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 275).

Quelques cas dans lesquels on a employé des injections avec des sels insolubles de mercure et qui se sont terminés d'une manière fatale ont jeté

une certaine défaveur sur ce mode de traitement. On sait, en effet, que Runeberg a réuni dans un travail d'ensemble tous ces cas dont 6 provenaient de la division des syphilitiques d'Helsingfors dont Smirnoff était le chef de service. Tous ces cas furent traités avec des doses de 20 centigr. de calomel et à des intervalles de 3 semaines. Jamais il n'a atteint les doses que Scarenzio et Ricordi ont injectées pendant des années et sans danger pour les malades.

Mais en février 1888, on admit une fille publique de 29 ans, bien constituée; plus tard seulement il sut qu'elle était alcoolique, et après une injection de 20 centigr. de calomel elle eut une stomatite gangréneuse grave avec symptômes généraux d'empoisonnement et resta entre la vie et la mort pendant plusieurs semaines; l'auteur pensa alors à cesser l'emploi de cette méthode pendant un ou deux ans, pour attendre le résultat des expériences faites à l'étranger. C'est à ce moment que le hasard lui fit découvrir le secret de cette énigme. A la suite de la maladie de cette fille, il rechercha si les doses de calomel étaient exactes et il constata que pas une n'avait le poids juste. Il explique que c'était la faute du pharmacien dont l'erreur tenait probablement à son inexpérience et à ce que le gramme était introduit depuis peu en Finlande.

Une autre circonstance contribua certainement beaucoup aux résultats fâcheux observés dans certains cas, ce sont les mauvaises conditions hygiéniques qui ont existé jusqu'en 1888 dans le service des syphilitiques, notamment la ventilation qui était très défectueuse en raison des doubles fenêtres. Ainsi une femme atteinte de lupus, bien qu'elle ne suivit pas de traitement mercuriel, eut deux fois une stomatite due à l'absorption de vapeurs mercurielles occasionnées par d'autres malades qui faisaient dans la même salle une cure de friction, elle mourut de tuberculose miliaire.

On peut déduire de ce qui précède que les cas traités par les injections de calomel et qui ont eu une terminaison fatale à la clinique d'Helsingfors sont ceux où la quantité de calomel n'a pas été exactement contrôlée. Tandis que ces dernières années, Smirnoff n'a pas eu un seul cas malheureux dans sa pratique privée, ni à la clinique, à l'époque où il pouvait contrôler la quantité de calomel prescrite pour les injections. A. Doyon.

— A. Brousse. Traitement de la syphilis par les injections mercurielles (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1891).

Résumé très clair de la question. L'auteur recommande spécialement la préparation suivante, due à M. Gay, pharmacien en chef des hospices de Montpellier :

Mercure purifié.	20	grammes.
Lanoline.	5	»
Vaseline liquide.	35	»

On éteint le mercure au mortier légèrement chauffé en le broyant avec la lanoline, puis on ajoute peu à peu l'huile de vaseline ; on verse dans un flacon large et on agite au moment de l'injection. Un dixième de seringue

de Pravaz contient 0,05 centigrammes de mercure métallique, ce qui représente la dose que l'on injecte chaque fois. Cette préparation est bien préférable à l'huile grise de Neisser, elle est facile à préparer et facile à injecter. M. Brousse fait une injection tous les dix jours pour les premières et tous les quinze jours pour les suivantes. Il conclut que la méthode des injections massives ne saurait constituer le traitement unique de la syphilis, mais qu'elle est utile lorsqu'on veut faire disparaître rapidement et sûrement les manifestations syphilitiques et qu'on se trouve en présence d'un sujet vigoureux, ou quand on a affaire à des malades capables de se soustraire au traitement, comme les prostituées, les soldats et les marins. Toutes les fois, dit-il, qu'il est indiqué d'administrer le mercure en injections, les injections insolubles constituent la méthode de choix; les injections solubles ne sont de mise que quand il y a contre-indication à l'emploi des injections massives, soit à cause de l'état général du sujet (grossesse, albuminurie, cachexie), soit à cause du mauvais état de la dentition.

GEORGES THIBIERGE.

— M. BARRAGAN Y BONET. Tratamiento de la sifilis por los inyecciones de peptonato, benzoato y salicilato de mercurio (*Revista de medicina y cirugia practicas*. Madrid, 1891, p. 129).

Se fondant sur cette idée que les sels d'un acide organique devaient être mieux supportés, l'auteur a essayé le salicylate, le benzoate et le peptonate de mercure. Il a été forcé de renoncer au premier par suite de la douleur que causent les injections, mais il n'en a pas été de même des deux autres. Sur plus de 200 malades ainsi traités, il n'a eu ni intolérance, ni troubles buccaux ou gastro-intestinaux forçant d'interrompre le traitement. L'auteur fait l'injection dans la région de Smirnoff. Il insiste sur ce fait que la dose de médicament doit être faible et répétée chaque jour. Si la dose est trop forte, on détermine des lésions locales si intenses et tellement étendues que le médicament est mal absorbé par suite de l'inflammation des vaisseaux et de leur oblitération. Toutes les 24 heures l'auteur injecte donc de 1 à 3 centigrammes de peptonate ou de benzoate de mercure dissous dans un ou deux grammes d'eau distillée, et cela, jusqu'à ce que les manifestations cutanées ou muqueuses se soient atténuées. Même après leur disparition il continue les injections en laissant un jour ou deux d'intervalle, jusqu'à ce qu'il juge qu'il peut les suspendre sans inconvénient. Lorsque le malade se trouve dans des conditions favorables, il n'y a pas d'inconvénient à combiner le traitement par les voies digestives avec le traitement par les injections.

PAUL RAYMOND.

Syphilis. — Traitement par les frictions avec le calomel. — A. RUATA et R. BOVERO. L'uso del calomelano per la via endermica nella cura della sifilide (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, mai 1891, p. 262).

Ruata et Bovero ont fait chez 8 syphilitiques des frictions avec une pommade composée de 1 partie de calomel à la vapeur, 4 parties de lanoline,

1 partie de beurre de cacao. Ils ont répété 5 à 7 fois ces frictions en employant chaque fois de 50 à 60 centigrammes de calomel. Ces frictions leur ont donné de bons résultats et les accidents secondaires ont disparu dans l'espace de 14 à 28 jours. Ils attribuent à ce mode de traitement, sur les injections, l'avantage de ne pas causer de douleur, de ne pas obliger les malades à garder le lit, et de ne pas les exposer à avoir des abcès; sur les frictions d'onguent mercuriel, il a pour avantages d'être plus propre et plus facile à dissimuler; en outre, il ne provoque ni les lésions irritatives locales qui font souvent interrompre trop tôt le traitement par les frictions d'onguent mercuriel, ni la stomatite qui leur succède fréquemment.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilis. Traitement. — M. MIGNECO. L'acetato di timolo-mercurico nella sifilide (*La Riforma medica*, 22 mai 1891, p. 115).

Relevé de recherches faites sur 18 malades du service du professeur Ferrari à Catane. Le médicament était administré sous la forme d'injections intra-musculaires de 75 milligrammes d'une solution contenant 1 gramme 50 centigr. d'acétate thymolo-mercurique, 50 centigrammes de mucilage de gomme arabique et 20 grammes d'eau distillée.

L'auteur considère ce sel insoluble comme plus actif que le sublimé employé en injections hypodermiques; d'après lui, les effets sont plus prompts qu'avec le sublimé et les récidives sont moins rapides.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilis. Traitement. — KUTTNER. Ueber die locale Anwendung der chromsäure bei syphilitischen Ulcerationen (*Therapeutische Monatshefte*, 1891, p. 348).

Kuttner recommande contre les ulcérations syphilitiques rebelles des muqueuses pharyngienne et buccale les cautérisations avec l'acide chromique. Il fait fondre sur l'extrémité renflée d'une sonde en argent ou en ruolz quelques cristaux d'acide chromique. Puis, dès que la sonde est refroidie, il cautérise l'ulcère qui se recouvre immédiatement d'une eschare vert jaunâtre. Il lave ensuite, avec de l'eau simple, afin d'enlever l'excès d'acide. La douleur est très légère et l'auteur n'a jamais observé de réaction appréciable. Il faut renouveler cette cautérisation dès que la croûte se détache, ce qui a lieu en général après 1 à 2 jours. Kuttner n'a employé ce traitement que dans les cas où les autres moyens avaient été inefficaces, et toujours la guérison est survenue dans un temps relativement court, c'est-à-dire dans l'espace de 3 à 15 jours. L'acide chromique n'empêche pas les récidives, ni générales, ni locales. A. DOYON.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES DE CLINIQUE ET DE BACTÉRIOLOGIE

SUR LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Par **L. Jacquet.**

J'ai eu l'occasion, dans le cours des deux dernières années d'étudier un assez grand nombre de cas de rhumatisme blennorrhagique et j'ai pu en dégager quelques données, dignes, me semble-t-il, de votre attention.

Voici tout d'abord ceux de ces faits qui concernent la symptomatologie. En premier lieu, j'ai pu vérifier la pleine exactitude de la description de M. Fournier, relativement à l'ophtalmie rhumatismale, je l'ai même observée plus fréquemment que lui encore : sur 12 observations je la relève *six* fois. Et même sur les six cas où elle n'est pas notée, son absence n'est spécifiée que trois fois; il est possible que dans les trois autres cas je n'aie pas songé à interroger les malades à son sujet. Il est probable qu'elle passe fort souvent inaperçue, au moins la variété *conjonctivite*, qui parfois se borne à un peu de gêne et de rougeur oculaire, complètement oublié des malades au moment où ou les examine.

Mais ce qui m'a le plus frappé dans l'étude de cette ophtalmie c'est que sur six cas, elle s'est développée quatre fois un ou deux jours *avant* les symptômes articulaires, une fois en même temps qu'eux, une fois seulement après leur apparition.

En second lieu, comme M. Fournier, j'ai noté dans une de mes observations une persistance surprenante de certains points douloureux après la guérison de l'atteinte articulaire et de la blennorrhagie. Ces points occupaient: 1° le fibro-cartilage du nez à son union avec les os propres : 2° l'insertion du raphé ano-coccygien au coccyx ; 3° l'apophyse épineuse de la 3e lombaire. En ces divers points la pression éveillait une sensibilité très vive, qui existait encore *sept* ou *huit* mois après la guérison. Chez le même sujet ces points douloureux fibro-osseux ou fibro-cartilagineux se réveillent, à la suite de fatigues et d'émotions morales sans nouvelle chaudepisse et sans autres manifestations *trois ans après la crise de rhumatisme blennorrhagique, et persistèrent ainsi pendant près d'un mois.*

Enfin, à deux reprises différentes j'ai observé une tuméfaction de la région calcanéenne, qui me paraît assez remarquable. J'ai la bonne chance de pouvoir vous présenter un de ces malades qui appartient au service de M. E. Besnier. Vous voyez que chez cet homme la région calcanéenne est déformée des deux côtés mais principalement à gauche. Cette déformation tient à une tuméfaction en masse du calcanéum, déformation qui en double littéralement le volume et constitue un énorme massif osseux talonnier. Le reste du tarse, os et articulations, paraît sain. Cette tuméfaction est douloureuse, la station verticale et surtout la marche en sont fort gênées. Or cet homme a eu deux chaudepisses, dès la première, il souffrit beaucoup et longtemps des talons. La seconde date de novembre 1891, et il n'est à ce point de vue particulier que fort peu amélioré. Il faut noter qu'il est garçon marchand de vin et que sa profession l'oblige à la station debout continuelle.

J'ai vu un autre malade qui, après une attaque de rhumatisme blennorrhagique, souffrit du talon droit pendant trois ans. Au moment où je le vis, il n'avait plus aucune douleur mais le calcanéum était hyperostosé en masse et augmenté de volume au moins d'un bon tiers.

Je n'ai pas vu cette ostéite calcanéenne mentionnée dans la littérature médicale, et pourtant elle ne paraît pas être absolument exceptionnelle puisque sur 12 observations j'en ai noté 2 fois l'existence. Je ne crois pas davantage, que, surtout avec ce caractère de symétrie, elle ait été vue en d'autres affections que la blennorrhagique, de sorte qu'on pourrait sans trop d'inconvénient désigner cette lésion sous le nom de *pied blennorrhagique*.

En outre, à plusieurs reprises, il m'a paru que la douleur talonnière chez les blennorrhagiques, devait, dans certains cas, être rapportée à l'insertion du tendon d'Achille et des aponévroses plantaires bien plutôt qu'à l'*hygroma* des bourses séreuses rétro et sous-calcanéenne. D'une part, en effet, la douleur était diffuse et non limitée au siège de ces bourses séreuses ; d'autre part, l'*hygroma* est fort rare dans la blennorrhagie ; la sensibilité des parties fibreuses et ostéo-fibreuses y est au contraire très commune. Pour toutes ces raisons, sans nier bien entendu l'existence de l'hygroma talonnier, je crois que, fort souvent on lui a attribué à tort la *talalgie* blennorrhagique, due en réalité soit à l'*ostéite*, soit au rhumatisme ostéo-fibreux calcanéens.

Enfin, je ferai remarquer de plus chez mon malade des déformations et déviations des orteils qui rappellent celles du rhumatisme noueux, fait qui vient à l'appui d'observations analogues de MM. Fournier et do Amaral, etc.

L'étiologie du rhumatisme blennorrhagique, est fort obscure, voici ce que j'ai pu tirer de mes observations personnelles. D'abord l'ab-

sence notoire d'antécédents rhumatismaux dans la très grande majorité des cas ; et voici un exemple frappant du peu d'influence que peuvent avoir les antécédents sur le développement des blenno-rhumatismes : j'ai vu à l'hôpital Beaujon un malade entré pour un rhumatisme articulaire aigu franc. Cet homme en était à sa *dix-septième* atteinte ; il en avait une presque périodiquement tous les ans, d'octobre à janvier ; il n'y eut guère qu'*une exception; pour une année où vers cette époque il avait contracté la chaudepisse.*

On a dit ironiquement qu'à en croire les adversaires de la nature rhumatismale des arthropathies blennorrhagiques, le meilleur préservatif qu'on pût avoir contre elles serait d'être un rhumatisant ; l'histoire de ce malade pourrait servir d'appui à ce paradoxe.

Si l'influence des antécédents de rhumatisme m'a paru nulle, il n'en est pas de même de la fatigue et du surmenage physiques qui dans huit de mes observations semblent avoir joué le rôle de causes provocatrices, et ici je suis très aise de me trouver en conformité d'opinion avec mon maître M. E. Besnier. Il s'agit presque exclusivement dans ces cas de journaliers, de garçons marchands de vin à profession pénible, obligeant à des stations debout prolongées et qui, tous le déclarent, ont été obligés pour une raison ou pour une autre de *forcer leur travail* quelques semaines ou quelques jours avant leur atteinte rhumatismale. Et, de plus, il faut noter dans ces observations le début par les *pieds et les genoux*, c'est-à-dire par les jointures les plus fatiguées.

L'influence possible d'un choc à la fois physique et moral comme cause déterminante et l'influence évidente d'une fatigue locale comme cause localisatrice me semblent non douteuses dans l'observation suivante que je résume :

X..., 21 ans, entré le 25 août à l'hôpital Beaujon, service de M. Th. Auger, salle Gosselin, n° 1.

Chaudepisse très légère, presque éteinte, soignée par les injections et le copahu. Jeune homme très bien musclé, très vigoureux, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel de rhumatisme. Il n'a jamais fait aucune maladie et n'a jamais entendu dire que ses parents aient été malades.

Dix jours après le début de sa chaudepisse, il ressent quelques douleurs vagues dans les épaules et les bras. Le lendemain, en descendant d'omnibus, il tombe à terre sur le côté ; il ignore lequel. Cette chute l'a fort émotionné, mais nullement contusionné ; il ne s'est fait aucun mal et il n'en reste aucune trace.

Immédiatement après sa chute, il se rend chez un de ses amis, et tous deux s'amusent à se disputer un livre ; il tirait de la main gauche sur ce livre, retenu fortement par son camarade.

Une demi-heure après environ, il ressentit des douleurs *très violentes* dans le coude gauche dont les mouvements devinrent très douloureux. Il eut des frissons et fut obligé de rentrer chez lui en voiture. Dès le soir, au

coucher, le coude était très tuméfié et « comme marbré ». La nuit, fièvre, agitation, sueurs abondantes. Le lendemain, la tuméfaction était considérable.

A l'entrée à l'hôpital (15 septembre), elle est énorme, la douleur est excessive. Il y a fort peu de rougeur, mais un œdème marqué de la main et de l'avant-bras. Pas d'autre jointure malade. Atrophie très nette du deltoïde et des muscles du bras gauche.

Un autre de mes malades, lors d'une première chaudepisse, fut atteint de rhumatisme ; les jours précédents il s'était surmené, assistant à des chasses, montant en poste, et dormant *deux* à *trois* heures par nuit seulement. Trois ans plus tard, devenu cocher de fiacre, il passe aux fêtes de Noël de cette année, *deux nuits* de suite sans se coucher, continue à se surmener pendant la semaine, passe *deux* autres nuits sans se mettre au lit aux environs du 1[er] janvier. Le *deux janvier* il est pris de conjonctivite, et le *trois* de douleurs violentes à la hanche et à l'épaule. Il n'avait qu'un écoulement peu abondant dont il ignorait l'existence, et cet homme qui est fort intelligent et précis dans ses réponses m'a déclaré de la façon la plus formelle qu'il n'avait pas vu de femmes depuis 6 mois 1/2.

Il ne paraît pas douteux que chez lui l'excessif surmenage auquel il s'est condamné a suffi pour amener l'apparition d'arthrites (qui furent suivies d'atrophie rapide), et cela dans le cours d'une blennorrhagie chronique fort ancienne. Ce cas est intéressant à rapprocher de celui très suggestif aussi qu'a cité M. do Amaral : un malade atteint d'une polyarthrite déformante progressive d'origine blennorrhagique voyait à la suite d'un coït pratiqué avec un condom, reparaître son écoulement bientôt suivi d'une recrudescence des arthropathies.

M. le professeur Fournier (1) a observé un arthroblennorrhagique chez qui chaque coït était presque invariablement suivi dès le lendemain d'une recrudescence des douleurs. Dans tous ces cas l'influence de la fatigue et de la dépression nerveuse comme cause provocatrice des arthropathies, apparaît nettement. Ils sont de nature à faire penser que le rôle du système nerveux dans la pathogénie de ces arthropathies est peut-être plus important qu'on ne l'a supposé jusqu'ici, cela bien entendu sans préjudice des cas de myélite proprement dite qui ont été étudiés récemment (Hayem et Parmentier, Spillmann et Haushalter.)

Nos notions sur la pathogénie de l'arthroblennorrhagisme sont fort incohérentes ; il suffirait pour le prouver, de ce fait que la recherche des micro-organismes dans les liquides articulaires a donné des résultats absolument contradictoires. En effet, tandis que Petrone, Burckardt, Bousquet, Kammerer déclarent avoir trouvé le gonocoque de Neisser dans les jointures malades, des auteurs plus nombreux encore, Ehrlich,

(1) In Thèse do Amaral, p. 71.

Dieulafoy et Widal, Guyon et Janet, Mauriac et Strauss, Dubarry n'ont pu déceler aucun microbe ; et d'autre part Bumm a trouvé non le gonocoque mais les pyogènes ordinaires.

J'ai de mon côté fait un certain nombre d'examens portant :

1° Sur quatre échantillons de liquide séro-muqueux absolument transparent et limpide. Ni par des examens répétés, ni par des ensemencements multipliés sur des milieux divers je n'ai pu y déceler la présence de micro-organismes quelconques.

2° Sur un échantillon de liquide louche, pyoïde, retiré au 11e jour d'une arthrite blennorrhagique aiguë du genou. Dans ce cas, après de *très nombreux* examens j'ai constaté et fait constater de la façon la plus nette l'existence de diplocoques aplatis, bourrant le protoplasme de *deux* cellules de pus : il m'a été impossible d'en retrouver d'autres.

Quels étaient ces microbes ? Si l'on veut prendre en considération la forme, la disposition intra-cellulaire de ces organismes, et surtout ce fait que malgré des ensemencements répétés de ce liquide sur gélatine et sur gélose, je n'ai pu obtenir une *seule colonie*, il deviendra je crois très probable qu'il s'agissait du microbe de Neisser dont la culture est fort malaisée — et n'a été que très rarement obtenue.

En résumé, il me paraît fort possible que les arthropathies blennorrhagiques n'aient pas une origine univoque. L'influence évidente des dépressions du système nerveux, l'association fréquente, plus fréquente qu'on ne le dit et ne le croit, avec des troubles névropathiques (*névralgies diverses, troubles de la sensibilité*, etc.), l'aspect clinique de certaines formes (*forme arthralgique*) — la persistance de ces douleurs, leur retour chez des blennorrhagiens guéris, sous la seule influence d'une fatigue nerveuse, enfin, l'absence de microbes dans les épanchements purement séro-muqueux, font songer assez légitimement à l'origne névropathique de ces arthropathies, peut-être par action sur les centres nerveux d'un poison, d'une toxine fabriquée par les organismes uréthraux.

D'autre part, il me semble très probable qu'il y a des arthrites et plus particulièrement les arthrites plastiques à liquide muco-purulent, relevant de l'infection gonococcique, de la *gonohémie*; et enfin, il existe indubitablement, on le sait, des arthrites à microbes pyogènes relevant de la pyohémie proprement dite, atténuée ou non. D'ailleurs il est fort possible que ces diverses formes peuvent coexister, se compliquer les unes les autres, d'où l'extrême variété du tableau clinique et les incertitudes du pronostic.

SYPHILIS MALIGNE PRÉCOCE DU SYSTÈME NERVEUX

Par **Gilles de la Tourette** et **Hudelo.**

La description de la syphilis du système nerveux gagnerait singulièrement à être reprise en se plaçant surtout au point de vue clinique. En pareil domaine les types cliniques priment singulièrement la réalité anatomique et ce sont ceux-ci qu'il faut s'attacher à bien déterminer, ce qui ne semble pas avoir toujours été suffisamment fait.

Notre intention est aujourd'hui de rapporter l'histoire d'un malade du service de notre maître, M. le professeur Fournier, chez lequel l'évolution de la syphilis du système nerveux a présenté une allure toute particulière.

Dans ce type, le processus est précoce, envahissant, très résistant au traitement; il offre beaucoup plus le caractère de *malignité*, tel qu'on le comprenait dans la médecine traditionnelle, que le caractère de *gravité* qui entraîne avec lui l'idée d'une terminaison rapide. Le processus est grave cependant, mais il n'est pas rapidement fatal ; il laisse le malade infirme, mais il ne le tue pas dès son premier assaut. Enfin il semble porter presque exclusivement ses efforts sur le système nerveux et négliger les autres appareils.

Les cas de cet ordre nous paraissent devoir être dénommés : *syphilis maligne précoce du système nerveux.*

R. A..., tonnelier, 37 ans, entre le 17 janvier 1892, salle Saint-Louis, nº 8, hôpital Saint-Louis (service de M. le professeur Fournier).

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel mort à 70 ans d'hémiplégie ; trois jours malade.

Antécédents personnels. — Avant d'être tonnelier-vinaigrier, le malade, en 1876-1878, a été voyageur en liquides ; aurait fait quelques excès alcooliques se traduisant par des cauchemars ; depuis il ne boit plus.

En octobre 1890, chancre induré amygdalien probable, qui passe inaperçu. Quelques semaines plus tard apparition d'une roséole généralisée ; il est traité alors par des pilules de protoiodure d'hydrargyre et de l'iodure de potassium. Le jour même où se déclarait la roséole (7 novembre 1890), il s'est réveillé le matin avec une *paralysie faciale* droite : l'orbiculaire était pris ; le malade ne pouvait fermer l'œil.

En mars 1891, il entre une première fois à la *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques*, avec le diagnostic suivant : « syphilides papulo-squameuses généralisées, paralysie faciale droite ». Ces syphilides ne sont que la continuation de la roséole, elles ont complètement disparu à la fin d'avril.

Il est institué immédiatement un traitement énergique mercuriel et ioduré ; car, outre sa paralysie faciale, le malade commence à présenter, en avril 1891, des *maux de tête* terribles qui le plongent dans une sorte de demi-coma et empêchent complètement le sommeil.

Un matin d'avril, dans le service même, on constate que le côté droit du corps est presque entièrement paralysé ; les mouvements que les membres peuvent accomplir sont limités et sans force. Aussitôt on prescrit des frictions mercurielles et l'on augmente la dose d'iodure ; douches, antipyrine.

Le malade sort amélioré, mais non guéri, en juin 1891.

Il continue à se traiter chez lui, jusqu'en août 1891, époque à laquelle entre en scène une série d'autres phénomènes. Il commence à ressentir une douleur vive et persistante qu'il localise exactement au niveau de la colonne lombaire. Puis, sans douleur locale, les membres inférieurs s'affaiblissent de plus en plus : il « jetait les jambes en avant », dit-il, comme un ataxique. A cette époque, il a fait un court séjour dans le service de M. Charcot, où on l'a traité par l'iodure de potassium (4 gr.) et l'application de pointes de feu au niveau de la colonne vertébrale.

Il pissait difficilement, sans incontinence réelle toutefois ; mais il avait d'impérieux besoins : l'urine est toujours restée claire.

La constipation était opiniâtre ; la sensation du passage des matières fécales n'existait pas ; au mois de janvier 1892, il était obligé « de se retourner » après s'être présenté à la garde-robe pour voir s'il avait déféqué. Absence complète d'érections et d'appétit sexuel.

Le 14 novembre 1891, il part pour Vincennes, où on le soumet à la suspension qui est suivie d'une certaine amélioration.

Le 21 novembre il sort de Vincennes, et, momentanément, il ne suit plus de traitement.

En décembre 1891, légère éruption papulo-squameuse ; quelque temps après, l'engourdissement de la jambe droite se montre très marqué ; la marche devient de plus en plus difficile.

Le 16 janvier 1892, il entre dans le service où l'on constate une légère éruption de syphilides papulo-squameuses sur le tronc et les membres, dont la durée n'a pas dépassé un mois.

Homme de taille moyenne, constitution moyenne.

Face. — La commissure buccale droite est tirée en haut et *à droite* ; le pli naso-génien est tiré dans le même sens. La commissure buccale représente dans son ensemble un ovale allongé à base gauche. A droite, dans tout le domaine du facial supérieur et inférieur, on note des secousses fibrillaires. Le malade a conscience, suivant son expression, qu'il a existé localement des *spasmes* qui ont été surtout marqués quelques mois après le début de la paralysie faciale.

Les muscles de la face ont été examinés électriquement, le 30 mai 1892, par le Dr Larat, qui a trouvé ceci : « Diminution, à droite, des deux tiers environ de la *contractilité faradique*, et diminution de moitié de la *contractilité galvanique*. Il n'existe donc pas actuellement de réaction de dégénérescence ; mais il est très probable, pour ne pas dire certain, que celle-ci a existé, il y a peu de temps encore ».

L'œil droit se ferme normalement. La langue est un peu déviée, mais,

vu la mauvaise dentition du malade, il est difficile de dire exactement dans quel sens se fait cette déviation dont la direction est variable.

Il n'existe pas chez le malade de phénomènes douloureux : toutefois, lorsqu'il est assis, il ressent une vive sensation de courbature au niveau de la colonne lombaire. Pendant son séjour à la Salpêtrière, il avait éprouvé quelques vertiges, mais ceux-ci ont actuellement disparu.

Marche avec difficulté ; les « jambes tremblent » sous lui. Signe de Romberg.

Le malade est soumis à un traitement intensif par les frictions mercurielles et l'iodure (6 gr. par jour) ; il semble se produire une légère amélioration, et le 3 avril, l'état du malade qui, depuis est resté le même (31 mai), était le suivant :

État de la face sans changement.

Côté droit. — Le malade se sert avec un peu de difficulté de la main droite qui a été frappée autrefois de paralysie, ainsi que la jambe du même côté. Dynamomètre, à droite, 65 kilogr. ; à gauche, 80 kilogr.

Pas d'exagération du réflexe olécrânien.

La jambe *droite* est faible, frotte sur le sol, en marchant. Exagération du réflexe rotulien avec légère trépidation spinale.

Membre *supérieur droit.* — Rien de particulier. Membre *inférieur gauche* faible, lourd ; exagération très marquée du réflexe rotulien.

Le signe de Romberg a diminué. Se tient sur le pied gauche seul, les yeux ouverts ; non, les yeux fermés ; ne se tient pas sur le pied droit dans les mêmes conditions ; s'asseoit, se baisse, se relève mieux qu'à son entrée.

Yeux. — Examinés, le 3 février, par M. Trousseau. « *O. D.* Vue paraît (?) un peu plus faible qu'à gauche. Mais *rien* au fond de l'œil ; pupille normale ; la diminution de la vision tiendrait à la paralysie faciale.

O. G. Sain. — *O. D. O. G.* Pupilles plutôt resserrées, réagissent très bien à l'accommodation, peu ou pas à la lumière. Pas de dyschromatopsie ; champ visuel un peu rétréci. »

L'*état mental* est bon, le malade raisonne juste ; il trouve que sa mémoire s'est un peu affaiblie et qu'il peut difficilement se rappeler les *noms* de certaines personnes ; il les sait, mais il ne peut les formuler ; pas d'autre forme d'aphasie.

Organes thoraciques et abdominaux sains.

En résumé : un homme de trente-six ans sans antécédents héréditaires connus, qui a fait deux ou trois ans auparavant quelques excès alcooliques dont il ne reste actuellement aucune trace, prend, en octobre 1890, une syphilis par infection amydalienne probable. Aussitôt l'apparition d'une roséole de moyenne intensité, il se soigne et continue à se soigner régulièrement.

A dater du 7 novembre, tout le système nerveux est envahi pièces par pièces. En novembre, paralysie faciale droite *périphérique*, sans autre cause apparente que la syphilis.

En avril 1891, alors qu'il est en plein traitement, il est frappé *d'hé-*

miplégie droite, incomplète à la vérité, mais qui ne rétrocédera pas: cette hémiplégie a été précédée de *douleurs de tête* très violentes.

Au mois d'août, douleurs dans la région lombaire, et début des phénomènes de *paralysie spasmodique*, avec troubles des sphincters et du sens génital.

Tout a été touché fatalement, progressivement, nerfs périphériques, cerveau, moelle, malgré le traitement, et cela par une syphilis à allures très modestes, puisqu'elle s'est tout au plus signalée sur les autres appareils, en dehors du chancre qui a passé inaperçu, par une éruption qui n'a pas dépassé les limites d'une roséole papulo-squameuse de moyenne intensité.

Tout cela chez un individu bien portant ordinairement, non cachectique, et chez lequel on ne pourrait incriminer en somme, que des excès alcooliques remontant à dix ou douze ans et qui ne semblent pas avoir laissé de traces.

Pourquoi donc chez lui la syphilis a-t-elle revêtu un tel caractère de malignité? Pourquoi ses coups ont-ils exclusivement et si vigoureusement porté sur le système nerveux? Voilà ce à quoi il est difficile sinon impossible de répondre.

A priori nous aurions été tenté de rattacher tous ces phénomènes à une prédisposition spéciale créée par une hérédité normale intense et très proche; mais l'interrogatoire auquel nous nous sommes livrés ne nous a pas permis de la découvrir; il est vrai qu'elle peut être ignorée du malade.

En tout cas nous désirons attirer l'attention sur ces cas de syphilis du système nerveux, peut-être plus fréquents qu'on ne le croit généralement, dont les caractères sont: envahissement progressif du cerveau, de la moelle et des nerfs périphériques, opposé dans certains cas à l'intégrité presque complète des autres appareils; de plus, résistance au traitement.

UN CAS DE RÉINFECTION SYPHILITIQUE

Par **R. Pauly**, interne des hôpitaux de Lyon.

On sait combien est discutée la réalité des réinfections syphilitiques. Hudelo, dans un travail paru dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* de 1891, examine 148 observations, et c'est à peine s'il admet la validité de neuf d'entre elles. Il conclut que « l'immunité syphilitique, une fois constituée, ne prend jamais fin et persiste pendant toute la durée de l'existence du porteur ; si la loi de « Ricord, ajoute-t-il, est susceptible d'exceptions, celles-ci doivent « être extraordinairement rares, et encore ne sont-elles pas absolument prouvées ».

Petit, dans sa thèse inaugurale, arrive aux mêmes conclusions, et soutient les mêmes idées. Ce sont celles de M. le professeur Fournier et de l'École de Paris.

Il est vrai que M. Diday, à propos des critiques de ces auteurs, a spirituellement fait voir où pouvait mener le système qu'ont adopté les anti-réinfectionnistes de nier toujours soit l'une, soit l'autre des deux atteintes (1).

Depuis ces publications, deux observations nouvelles ont été données, par Glascow Patteson (2) et par Feibes (3) : elles ne paraissent pas avoir une valeur bien grande.

En somme, aujourd'hui, la plupart des syphiligraphes admettent la possibilité de la réinfection syphilitique, mais il s'agit de montrer qu'elle existe réellement, et de chercher quel peut en être le degré de fréquence.

Nous publions donc notre observation, pour laquelle nous avons réuni tous les renseignements qu'il était possible de se procurer. Nous avons présenté le malade qui en est le sujet à la Société des Sciences médicales de Lyon, dans la séance du 3 février 1892.

Observation. — P..., Antoine, 38 ans, mineur à St-Étienne, est entré à l'Antiquaille le 29 janvier 1892, dans le service de M. Cordier, chirurgien-major.

Il a eu, en 1877, c'est-à-dire il y a 15 ans, un chancre du frein, qui a complètement détruit ce dernier. Un engorgement ganglionnaire dans les

(1) *Annales de dermatologie*, 1891, II, 8 et 9.
(2) *The Brit. Journ. of Dermat.*, 1891.
(3) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1891.

deux aines accompagnait ce chancre, et ces ganglions n'ont pas suppuré. En outre, le malade avait, en même temps, un chancre de la lèvre inférieure. Il fut, à cette époque, soigné à l'hôpital militaire du Dey à Alger, où deux médecins le virent successivement, et où il resta du 16 novembre 1877 au 2 mai 1878. On lui donnait des pilules mercurielles, et plus tard, on lui fit prendre de l'iodure de potassium.

Après ces deux chancres, du frein et de la lèvre, il eut plusieurs poussées de plaques muqueuses dans la bouche et à l'anus. Il eut surtout une alopécie considérable, sur laquelle il insiste beaucoup : non seulement ses cheveux sont tombés, mais encore les poils des autres parties du corps, ceux des jambes, des aisselles et du pubis.

Il n'a eu aucun accident depuis 8 ans.

A son entrée à l'Antiquaille, on lui trouve des plaques muqueuses très nombreuses dans la bouche. Une large plaque siège sur la lèvre inférieure, d'autres sur la lèvre supérieure, aux deux commissures, sur les gencives, sur les piliers du voile du palais. Ces plaques sont superficielles, érosives, rouges, et non pas ulcéreuses, ni laiteuses, comme les plaques muqueuses que l'on voit chez les anciens syphilitiques. Ce sont des plaques muqueuses récentes et décelant, comme le disait M. Aubert, qui a vu le malade, une syphilis de six mois à un an au plus : elles ne peuvent absolument pas être mises sur le compte d'une syphilis de 15 ans.

En outre, on trouve des papules dans le sillon naso-labial, des plaques muqueuses lisses du scrotum, et à l'anus une plaque muqueuse sur un des plis à gauche.

Le malade présente aussi une syphilide pigmentaire du cou, absolument typique.

Aux deux cuisses, le long des vaisseaux fémoraux, on sent un cordon dur, noueux, reliquat d'une lymphangite douloureuse que le malade a eue il y a deux mois. Ces cordons peuvent être suivis jusqu'aux ganglions de l'aine, qui sont engorgés des deux côtés.

On trouve, d'ailleurs, une adénopathie généralisée : les ganglions sterno-cléido-mastoïdiens sont engorgés ; les ganglions sous-maxillaires sont très gros, surtout du côté gauche, fait sur lequel nous insistons et dont on verra plus tard l'importance. Enfin, notons l'engorgement des ganglions de la nuque et des ganglions épitrochléens.

Il n'y a pas d'alopécie, mais le malade a des croûtes dans les cheveux.

Pas de céphalalgie. Pas d'insomnie. Tous ces accidents ont apparu vers la fin du mois de novembre.

Nous nous trouvions donc en présence d'accidents secondaires récents, non seulement d'après les commémoratifs, mais encore et surtout par leur nature et leur aspect. Nous avons alors recherché l'accident primitif.

Or le malade présente sur la joue gauche une cicatrice, longue comme une pièce de 1 franc, nettement circulaire, rouge à la périphérie, blanche au centre. Une cicatrice semblable se voit derrière l'angle de la mâchoire du même côté. Ce sont les cicatrices de deux chancres, qui ont apparu simultanément dans le milieu du mois de septembre, c'est-à-dire deux mois et demi avant l'éclosion des accidents actuels. Ces chancres reposaient sur

une base indurée, dit le malade et l'on constate encore une induration nette de la cicatrice située derrière l'angle de la mâchoire.

M. Cordier considère les cicatrices laissées par eux comme absolument caractéristiques : ce sont les cicatrices qui succèdent aux chancres cutanés.

En même temps que ces chancres, existait une adénopathie sous-maxillaire du même côté, et nous avons noté déjà plus haut que les ganglions sous-maxillaires gauches étaient encore aujourd'hui plus volumineux que ceux de l'autre côté.

Telle est l'histoire de notre malade. La syphilis actuelle est évidente et les lésions que nous avons relevées sont celles d'une syphilis récente nous avons d'ailleurs trouvé l'accident primitif. Tout est bien dans l'ordre : chancre au mois de septembre, accidents secondaires au mois de novembre suivant. On ne peut donc nier qu'il s'agisse d'une syphilis récente, et non d'un réveil d'une vieille syphilis.

Mais nous voulons prévenir les doutes qui pourraient s'élever sur l'existence de la première infection. Les renseignements du malade son précis : il a eu à la fois un chancre du frein et un chancre de la lèvre, il a eu une alopécie sur laquelle il insiste beaucoup, et des plaques dans la bouche et à l'anus à plusieurs reprises.

Quelle est l'affection qui aurait pu se comporter de la sorte, sinon une syphilis ? Quelle est surtout la maladie, vénérienne ou non, qui peut amener la chute simultanée des cheveux et des poils, telle que la décrit notre malade, sinon la vérole? Cette chute des poils, autres que les cheveux, est en effet un caractère bien spécial de la syphilis. Penserait-on à une maladie infectieuse, fièvre typhoïde ou autre? Mais les renseignements que nous avons, en dehors de ceux fournis par le malade, nous permettent d'affirmer qu'il n'en est rien ; M. le médecin chef de l'hôpital du Dey nous a en effet fort obligeamment envoyé les renseignements que nous lui avons demandés. Il a constaté que notre malade avait, comme il nous l'avait dit, séjourné dans cet hôpital du 16 novembre 1877 au 2 mai 1878 et qu'il était porté sur le registre des entrées comme vénérien.

Notre observation nous paraît donc démonstrative : notre malade a eu la syphilis en 1877. Sa syphilis est restée silencieuse depuis 8 ans ; elle était complètement éteinte, et, au mois de septembre 1891, le malade a été de nouveau infecté. Son histoire a paru si précise et si nette à notre maître, M. Cordier, qu'elle a entraîné sa conviction, malgré la grande réserve avec laquelle il admet la réinfection syphilitique.

TRAITEMENT DU LICHEN PLAN PAR L'HYDROTHÉRAPIE

Par **P. Materne.**

L'origine nerveuse du lichen plan, admise aujourd'hui volontiers par un grand nombre de dermatologistes, a donné l'idée à ceux d'entre eux qui pensent que la dermatose n'est que l'expression cutanée d'une maladie nerveuse générale, d'appliquer à cette maladie le traitement qui est le plus indiqué pour combattre l'état nerveux; nous voulons parler de l'hydrothérapie.

A la demande de M. L. Jacquet (1) qui, le premier, a songé à utiliser cette médication, et avec les encouragements de M. Ernest Besnier, nous avons entrepris de traiter par la douche un certain nombre de malades.

M. L. Jacquet a présenté à la Société de dermatologie les premiers de ces malades auxquels le traitement a été appliqué, et qui a donné dès le début, des résultats surprenants par la rapidité avec laquelle l'amélioration a été obtenue. En quinze jours, un mois, six semaines, des malades ont été guéris de lichen plan à éruption des plus vives et des plus confluentes. Dès les premiers jours, les démangeaisons s'étaient calmées, le sommeil était revenu, puis la rougeur de l'éruption s'éteignait et les taches finissaient par disparaître.

Depuis cette époque, nous avons eu occasion, grâce à l'obligeance de M. Ernest Besnier, de traiter un certain nombre d'autres malades ayant des éruptions variables en intensité, et nous pouvons, d'ores et déjà, tirer de nos observations quelques conclusions intéressantes.

Et d'abord, au point de vue de la rapidité avec laquelle l'amélioration survient, nous avons pu noter des différences très sensibles; et ces différences ne sont pas, comme on pourrait le croire, en rapport avec l'intensité de l'éruption, mais bien avec la nature de la tare nerveuse préexistante et l'état nerveux concomitant. Ce fait semble donc donner raison à ceux qui n'admettent le lichen plan que comme une manifestation secondaire et qui voient avant tout, dans cette maladie, l'état nerveux qui l'accompagne. Plus la dermatose trouve un terrain prédisposé, plus elle semble rebelle au traitement. C'est ainsi que chez les malades à hérédité nerveuse très prononcée, la maladie résiste bien plus que chez ceux qui ont des antécédents moins accentués; de

(1) L. Jacquet. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphiligr.*, 1891, p. 380, 416, 448, et 1892, p. 27, en outre *Semaine médicale*, 1891, p. 508.

même, la maladie est bien plus tenace chez les individus qui, par suite de leur situation sociale sont exposés à une irritation nerveuse continue. Les soucis, les préoccupations, les affaires, etc., sont autant de causes qui tendent à tenir le système nerveux en état d'irritabilité constante et à perpétuer la maladie cutanée. Il y a là l'explication d'un fait qui nous a beaucoup intrigué au début de nos essais. Nous avons dit que les premiers résultats obtenus par nous chez les malades de M. Jacquet avaient été surprenants par la rapidité avec laquelle l'amélioration était survenue. Chez les malades qui suivirent et qui nous avaient été confiés par M. Ernest Besnier, les résultats furent moins prompts, et nous étions étonné de trouver, chez certains d'entre eux, une grande résistance au traitement. Or, les premiers étaient des malades d'hôpital, les seconds étaient des malades de la ville. On pouvait donc être tenté de tirer cette conclusion qui semble un peu paradoxale, que le traitement agit suivant les conditions sociales de l'individu qui y est soumis. Mais en réfléchissant un peu, il est facile de déduire de notre observation que, si les malades d'hôpital sont moins rebelles au traitement, c'est que ces malades sont, en général, des gens dans la vie desquels la nervosité n'entre que pour une faible part; ce sont des gens du peuple, des manouvriers, etc., menant une existence pour ainsi dire terre à terre et que les raffinements de la civilisation n'ont pas énervés. En outre, chez ces sujets, on ne rencontre que rarement une tare héréditaire au point de vue purement nerveux.

Chez les malades de la ville, au contraire, les conditions sont toutes différentes. Il y a d'abord la difficulté de les astreindre à une hygiène et à un traitement réguliers. Les nécessités mondaines, ou à leur défaut, les occasions fournies par le milieu social, les font se départir à tout moment, sous un prétexte quelconque, de la ligne de conduite qu'on leur a tracée. D'un autre côté, les difficultés inhérentes à la vie, dans les grandes villes surtout, pour les individus appartenant aux classes même moyennes, sont une source continuelle d'énervement et d'irritation du système nerveux. La cause originelle de la dermatose se trouvant toujours en activité, contribue à entretenir celle-ci et même à la renouveler au fur et à mesure qu'elle tend à disparaître.

Ces considérations que nous croyons justes, peuvent venir à l'appui de la thèse des dermatologistes qui considèrent le lichen plan comme d'origine nerveuse. Le traitement de cette maladie démontre, ou du moins, semble démontrer que cette conception n'est pas purement théorique.

Il nous reste à indiquer quel est le traitement hydrothérapique auquel nous avons eu recours et quelles sont les règles qui nous ont guidé dans son application.

Partant de ce principe que le lichen plan était la manifestation d'un

état d'irritabilité du système nerveux général, il était indiqué d'appliquer à cette maladie la formule de traitement la plus sédative. Or, il y a longtemps que nous avons observé que la manière la plus efficace et convenant à la plus grande majorité des individus, pour obtenir la sédation du système nerveux, était la douche tiède à la température de 35° centigrades, l'eau étant projetée au moyen d'une grosse pomme d'arrosoir débitant un fort volume d'eau, de façon à mouiller pour ainsi dire tout le corps à la fois. La percussion doit être modérée et produite par une pression faible. Quant à la durée de la douche, nous avons observé également depuis longtemps, qu'il est inutile de la prolonger au delà de trois à quatre minutes. A ce moment, on a obtenu tout l'effet sédatif possible, le surplus ne fait qu'ajouter de la fatigue qui, à son tour, a souvent pour effet, de réveiller l'irritabilité nerveuse.

Il est bien entendu que cette manière de procéder n'est pas absolue et que, comme pour toutes les maladies nerveuses, il faut se guider, dans l'application, sur la susceptibilité et la tolérance individuelles. Il y a longtemps qu'il est reconnu qu'en thérapeutique nerveuse, il faut tenir compte du malade autant, sinon plus, que de la maladie. C'est ainsi que chez certains sujets que nous avons eu à soigner nous avons pu, du moins à la fin du traitement, employer avec avantage l'eau froide. D'un autre côté, si nous avons indiqué la température de 35°, c'est que cette température est généralement celle qui laisse le corps sous l'impression de tiède, température indifférente, ne donnant ni la sensation de chaud, ni celle de froid. Mais chez certains malades, par suite de dispositions particulières de la peau, hyperesthésie, dysesthésie, etc., on est obligé de modifier la température de l'eau : aux uns, l'eau à 35° semble chaude, aux autres, elle semble fraîche. Pour les premiers, il faut abaisser le degré, pour les autres, il faut l'élever. L'essentiel est d'obtenir la sensation tiède dont nous avons parlé. Il y a donc là une question d'adaptation individuelle qui reste à l'appréciation du médecin.

Nous avons dit que la durée du traitement, avant que l'on observe une amélioration, était très variable. Il en est de même pour arriver à la guérison complète après avoir obtenu la première amélioration. Ce qui est certain, c'est que les malades ont toujours accusé dès le début, après la douche, un grand soulagement au point de vue des démangeaisons, du sommeil et de l'état général.

Ceux chez lesquels le traitement semble le moins agir, éprouvent néanmoins un grand sentiment de bien-être qui persiste plusieurs heures après la douche. Ce soulagement qu'ils ressentent et qu'ils apprécient est un encouragement pour eux et leur permet d'attendre avec confiance l'amélioration d'abord et la guérison ensuite.

Tels sont les résultats de nos observations que nous avons cru utile de faire connaître et qui ont une certaine importance, en présence d'une maladie aussi tenace et aussi rebelle que le lichen plan.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 9 JUIN 1892

Présidence de M. Lailler

Recherches de clinique et de bactériologie sur le rhumatisme blennorrhagique.

Par M. L. Jacquet.

Voir page 681.

M. Fournier. — Je suis absolument d'accord avec M. Jacquet sur la diversité de localisations anatomiques de la fameuse *douleur de talon* blennorrhagique, qui peut résulter ou d'une ténosite, ou d'un hygroma, ou d'une périostite calcanéenne.

Je crois aussi, comme lui, que le rhumatisme blennorrhagique aboutit assez fréquemment à des difformités du pied, qu'il ne serait pas exagéré de décrire sous le nom de *pied blennorrhagique*. Je possède, actuellement, un certain nombre de photographies de ces difformités que je pourrai mettre sous les yeux de mes collègues à notre prochaine séance. Deux de ces photographies sont relatives notamment à un affaissement de la voûte plantaire, constituant ce qu'on peut appeler le *pied plat blennorrhagique*.

Les douleurs blennorrhagiques du pied sont à la fois des plus communes et des plus persistantes. Très nombreux sont les cas où elles persistent quoi qu'on fasse, et cela pendant des mois, voire (mais plus rarement) des années. Très souvent elles persistent bien au delà de la guérison de l'écoulement. Je dirai même que la guérison de l'écoulement paraît leur être indifférente. Ce n'est pas là, au surplus, un fait qui leur soit particulier. On sait que nombre de manifestations du rhumatisme blennorrhagique survivent, et quelquefois assez longtemps, à la guérison (au moins apparente) de la blennorrhagie.

A ce dernier propos, je demanderai à mes collègues s'ils n'ont pas observé un fait que je crois avoir observé, à savoir l'invasion d'accidents rhumatismaux blennorrhagiques *à quelque distance au delà de la guérison de la blennorrhagie*. Pour ma part, j'ai vu plusieurs fois des hydarthroses se produire quelques semaines après la disparition bien constatée de tout écoulement, et après cessation de tout traitement. Tout d'abord, je n'ai pas cru devoir considérer ces hydarthroses (siégeant presque toujours au genou) comme des manifestations *posthumes* de la blennorrhagie ; j'en ai fait des hydarthroses banales, rhumatismales ou autres. Mais, des cas de cet ordre s'étant présentés à moi assez souvent, il m'a été impossible de ne pas être frappé de leur fréquence, et je suis arrivé à me poser la question suivante : Est-ce que l'influence blennorrhagique ne persisterait pas au delà de la disparition de l'écoulement, en restant capable de déterminer des fluxions articulaires ?

La persistance assez fréquente d'accidents rhumatismaux blennorrhagiques bien au delà de l'époque où l'écoulement est tari, paraît bien témoigner d'une influence blennorrhagique qui survit à l'écoulement. Pourquoi donc cette même influence ne serait-elle pas capable de développer pour une première fois des accidents de même ordre ? Auquel cas, il y aurait des rhumatismes blennorrhagiques *consécutifs*, pouvant se développer un certain temps (quelques semaines dans les cas que j'ai observés) à la suite de la disparition de l'écoulement uréthral. Mais je suis bien loin de vouloir rien affirmer à cet égard, et je n'ai le droit encore de rien affirmer, vu le nombre restreint de cas dont je dispose. Je dis simplement ce que j'ai cru voir, et j'appelle l'attention de mes collègues sur ce point.

M. Morel-Lavallée. — Les gens qui ont été atteints de rhumatisme articulaire aigu vrai ou qui sont des « rhumatisants vagues », non seulement ne semblent pas plus prédisposés que les autres, aux arthropathies blennorrhagiques ; mais il semble même que, lorsqu'ils viennent à en être atteints, ils sont moins exposés que d'autres aux formes graves, monoarticulaires, plastiques et ankylosantes, et présentent plutôt la forme polyarticulaire bénigne diffuse, dite arthralgique.

Sur un cas de déformation tuberculeuse du doigt.

Par MM. H. Hallopeau et Jean Barrié.

On sait que la tuberculose, comme la lèpre et la syphilis, peut donne lieu aux déformations les plus prononcées et les plus diverses des extrémités digitales. Elles ont été signalées en Allemagne par Neissen, Doutrelepont, Langenbeck, F. Hahn et Kaposi, en Angleterre par Hutchinson, en France par M. Besnier. Nous en avons dans le musée de St-Louis plusieurs exemples remarquables. Elles sont tellement variées qu'il est difficile d'en donner une description d'ensemble. Il semble au premier abord qu'elles échappent à toute règle : en effet, des phalanges entières peuvent être éliminées ; il se produit simultanément des altérations des os, des articulations, du tissu fibreux, des gaines tendineuses et des téguments ; les doigts peuvent présenter le maximum possible de déviation dans toutes les directions et l'on conçoit que les déformations présentes puissent ainsi se combiner pour ainsi dire à l'infini et donner lieu aux tableaux cliniques les plus divers.

Il est exceptionnel cependant de voir leur singularité atteindre le degré auquel elle est arrivée chez le malade que nous avons l'honneur de présenter.

Le malade nommé André Kl..., âgé de 26 ans, est entré au pavillon Bazin, nº 72, le 10 mai 1892. Son père est bien portant ; sa mère tousse depuis un an ; sur onze frères ou sœurs, il en a perdu huit en bas âge, presque tous accidentellement ; une sœur est morte de méningite. Jusqu'à l'âge de 4 ans il a joui d'une excellente santé et il ne présentait à cette époque aucune malformation. La maladie a débuté à ce moment par le médius de la main droite et a gagné ensuite les autres doigts et l'avant-bras. A 16 ans, la main gauche a été atteinte et, après le petit doigt par lequel elles ont débuté, les lésions ont envahi successivement les autres doigts et l'avant-bras. A peu près à la même époque s'est développé un abcès du genou gauche qui, après avoir paru guéri, a reparu depuis six mois en même temps que se produisaient des lésions de même nature au niveau du cou et du sternum.

Actuellement, le malade porte à la partie droite de la nuque une ulcération de 10 centim. sur 3, à bords décollés, recouverte à sa périphérie de bourgeons charnus mollasses. Au-devant de la fourchette sternale existe une ulcération de même aspect mesurant 10 centim. sur 5. On remarque en outre, dans la région cervicale, de nombreuses cicatrices, des ganglions engorgés et dans la fosse sus-épineuse droite un abcès froid fluctuant du volume d'une orange. Notons enfin sur la voûte palatine, à deux centimètres derrière les incisives, quelques ulcérations lupiques.

Les lésions des membres supérieurs sont celles sur lesquelles nous désirons appeler l'attention.

La face dorsale des mains est presque entièrement formée de tissu cicatriciel ; on y constate en outre, par places, de petites ulcérations recouvertes de croûtes jaunâtres. Les paumes des mains sont beaucoup moins atteintes, nous notons seulement, à droite, au niveau de l'éminence hypothénar, un foyer lupique mesurant environ un centimètre de diamètre.

Les déformations des doigts sont si accentuées qu'il faut les étudier séparément pour chacun d'eux.

A la main droite, le pouce est à peu près normal et présente seulement une ulcération sur sa face dorsale ; il jouit de tous ses mouvements.

L'index se trouve rejeté vers le bord cubital de la main et un peu fléchi dans la paume de la main. Les articulations de ses phalanges entre elles et avec le métacarpe sont à peu près entièrement ankylosées dans les positions suivantes : très légère flexion de la phalange sur le métacarpe, extension de la 2e phalange sur la première et flexion de la 3e sur la 2e. L'ongle épaissi, très incurvé, dépoli et strié longitudinalement, ressemble à un bec d'oiseau. La surface dorsale du doigt est rouge et atteinte d'une ulcération au niveau du côté radial de la 3e phalange.

Le médius est le doigt par lequel a commencé la maladie et celui qui présente les plus grandes altérations. Il est raccourci et mesure à peine 3 centim. La première phalange y est épaissie et la 2e phalange paraît y faire complètement défaut. On peut communiquer de légers mouvements de flexion et d'extension aux articulations phalangiennes et métacarpo-phalangienne ; mais cette dernière seule jouit de quelques mouvements volontaires très limités. L'ongle présente les mêmes altérations que celui de l'index. Sur la face dorsale de la première phalange existe une ulcération au centre de laquelle se trouve un petit orifice ; un stylet introduit arrive jusqu'à l'os.

L'annulaire est complètement fléchi dans la paume de la main et masqué par les autres doigts. La première phalange y est dans la flexion forcée sur le métacarpien, et on peut lui imprimer quelques mouvements très limités. La deuxième phalange y est fléchie sur la première et se trouve en plus fortement rejetée vers le bord cubital de la main ; la troisième phalange y est fléchie sur la deuxième et comme elle fortement rejetée en dedans, de sorte que ces deux phalanges forment une ligne courbe dont la concavité embrasse la racine du petit doigt et dont la convexité est recouverte par l'index.

L'auriculaire est également raccourci, bien qu'il possède ses trois phalanges. La première est en flexion très légère sur le métacarpien, la deuxième est en extension sur la première, et la troisième est en flexion sur la deuxième. Les articulations phalangiennes sont tuméfiées et ankylosées.

Les lésions de la *main gauche* sont moins considérables.

Le pouce est à peu près sain et jouit de tous ses mouvements.

L'index et le médius ne présentent de lésions qu'au niveau de leur première phalange sur la face dorsale de laquelle la peau est rouge et ulcérée. L'articulation de la première phalange de ces deux doigts avec le métacarpien correspondant est ankylosée dans la flexion légère. La deuxième et la troisième phalange sont absolument saines.

L'annulaire et l'auriculaire sont réunis au niveau de leur première phalange par des brides cicatricielles. Cette phalange se trouve en extension forcée sur le métacarpe, de sorte que ces deux doigts se trouvent très relevés par rapport aux autres qui sont tous ankylosés dans la flexion. Les deux dernières phalanges sont dans la flexion forcée. Le petit doigt est rejeté en dehors.

Sur les avant-bras et les bras existent de nombreuses cicatrices ; au niveau des coudes, on trouve des croûtes jaunâtres, épaisses, au-dessous desquelles la peau est rouge et ulcérée.

Au genou gauche, on note une cicatrice, et sa face interne est le siège d'une saillie fluctuante.

L'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés : Les ulcérations à bords décollés siégeant dans la région cervicale et sternale, les ulcérations du voile du palais, les abcès froids du genou et de la région scapulaire gauche et la marche de la maladie, sont autant de faits qui nous permettent d'affirmer la nature tuberculeuse de ces lésions.

Le point le plus intéressant de cette observation consiste dans l'étude des déformations des mains.

Il est difficile de rendre compte par la description de l'aspect étrange que leur donnent les déviations des doigts en tous sens : flexion, extension forcées avec incurvation et déviations latérales.

Nous avons indiqué l'analogie des extrémités unguéales avec des becs de perroquet.

A la main droite, la disposition du médius, de l'index et du petit doigt est analogue à celle d'une fourche dont les branches externes se rapprocheraient à leurs extrémités et dont la branche médiane serait sur un plan plus élevé.

L'attitude de la main gauche rappelle grossièrement celle que l'on donne à cette extrémité lorsque l'on veut figurer en ombre chinoise la tête d'un animal.

Il est difficile de déterminer avec précision quelles sont les causes de ces déformations. On peut arriver cependant, en tenant compte des faits négatifs en même temps que des altérations appréciables, à quelques données positives.

Nous croyons, en premier lieu, pouvoir éliminer l'hypothèse de rétractions des gaines tendineuses, où tout au moins ne lui accorder qu'un rôle tout à fait secondaire ; on voit en effet plusieurs des tendons se mouvoir sous l'influence de la volonté bien que les articulations correspondantes soient ankylosées.

Il ne semble pas, d'autre part, que les arthropathies, non plus que les lésions osseuses ou cutanées, doivent être rattachées à des troubles trophonévrotiques. Le fait que l'une des phalanges semble avoir disparu sans élimination de séquestre pourrait être invoqué en faveur de cette hypothèse ; mais l'absence de toute altération appréciable de

l'innervation, et particulièrement de troubles d'asphyxie cutanée, d'anesthésies et d'amyotrophies sont en contradiction formelle avec cette supposition. Si l'on considère que la maladie remonte à l'enfance, on peut supposer, soit que la sortie du séquestre a eu lieu sans que le malade s'en soit aperçu, soit que les lésions tuberculeuses ont déterminé l'atrophie des deux phalanges et l'ankylose de leur articulation.

Les graves altérations que présentent la peau et le squelette ainsi que les annexes peuvent au contraire nous rendre compte des phénomènes observés ; nous avons vu que des cicatrices ont uni les premières phalanges de deux doigts de la main gauche ; c'est donc ici la sclérose de la peau qui a produit la déviation.

Un rôle plus important doit être attribué aux arthropathies et aux ankyloses qu'elles ont déterminées.

On peut admettre enfin avec une grande vraisemblance que la rétraction du tissu fibreux contribue efficacement à produire les déformations.

Nous ne pouvons nous dissimuler cependant que seul un examen anatomo-pathologique pourrait nous permettre de porter à cet égard des conclusions fermes.

M. E. Besnier. — La conservation des ongles sur les moignons même les plus rétractés est la règle dans la tuberculose des doigts, comme dans une série d'autres affections mutilantes de la main, la syphilis exceptée.

Observation d'un cas de myxœdème.

Par MM. A. Robin et E. Leredde.

J'ai l'honneur de présenter à la Société au nom de M. A. Robin et au mien une malade qui fut reçue à la consultation de la Pitié comme atteinte de mal de Bright, diagnostic justifié à première vue par l'aspect œdémateux et infiltré de la face. Mais l'étude de l'œdème prouve qu'il ne s'agissait pas d'un œdème brightique, celle de l'urine ne montre pas la présence d'albumine et à un examen plus attentif on porta le diagnostic de myxœdème. Voici l'observation de cette malade.

Les..., Ernestine, 20 ans, ménagère, entrée le 31 mai 1892, salle Lorain, n° 14. Il n'y a rien de spécial dans ses antécédents héréditaires, ni collatéraux, pas d'hystérie, pas d'épilepsie ni d'autre affection nerveuse, pas d'aliénation mentale. Personne n'a de goitre dans sa famille. On ne relève dans les antécédents personnels qu'une fièvre typhoïde peu grave, à 6 ans.

Jusqu'à 14 ans, sa santé fut bonne, le développement intellectuel normal, elle apprit à lire, écrire et compter. Elle resta quelques mois à l'école, et à 10 ans, fut mise dans un couvent où elle resta jusqu'à l'âge de 17 ans.

A 14 ans, se fit la menstruation, et c'est à cette époque que survinrent les premiers symptômes morbides. Disons pour ne plus y revenir que les règles n'ont jamais depuis leur début été régulières, elles ne surviennent que tous les 2 ou 3 mois, sont peu abondantes et peu colorées.

Le début de la maladie fut marqué par un phénomène qui est resté peu clair. Sur le corps, le cuir chevelu et les jambes parurent des tumeurs petites, au nombre d'une quarantaine à peu près, indolentes sans changement de couleur de la peau, qui disparurent spontanément. Deux à la face augmentèrent ; elles furent incisées, il en sortit une matière grasse ; l'incision a laissé des cicatrices visibles encore, déprimées, avec un point noir comédonien au centre.

L'œdème fut le premier phénomène qui attira l'attention de la malade. Il débuta par les jambes, puis la figure se déforma : les paupières bouffies, les lèvres tuméfiées, changèrent son expression. Plus tard enfin, les avant-bras et les mains furent pris. Le volume du corps augmenta.

Cette tuméfaction devint considérable à 18 ans, et depuis lors, paraît-il, elle tend à décroître ; les seins très gros à cette époque ont diminué aussi.

Parallèlement aux modifications de l'habitus extérieur survint une série de troubles nerveux sur lesquels nous reviendrons plus tard et dont les plus saillants furent, la diminution de la mémoire, l'attristement du caractère, et l'affaiblissement musculaire.

État actuel. — a) *État myxœdémateux.* — Le facies de la malade attire tout de suite l'attention, il rappelle, avons-nous dit, d'assez près celui d'une brightique. Le teint a un aspect général blafard, anémié et terreux, les joues sont animées d'une manière exagérée. Les chairs sont bouffies, les paupières tuméfiées, les joues épaisses, les lèvres élargies mais non tombantes ; enfin le menton, à sa partie inférieure, forme une double saillie. Les muqueuses, conjonctives, gencives, sont simplement décolorées, la langue normale. Les oreilles sont infiltrées et empâtées dans toutes leurs parties, mais leurs plis restent bien marqués.

L'épaississement est dû à l'infiltration du tissu conjonctif. Quand on prend la peau entre les doigts on la sent molle, mais pleine, comme doublée d'un tissu de néoformation. Sa surface est sèche, elle présente une desquamation sensible sur les joues et le bord libre des paupières.

Séborrhée huileuse du cuir chevelu

L'épaississement du tissu conjonctif devient beaucoup moins apparent sur *la cou et le tronc ;* la malade paraît simplement être très grasse ; on peut penser que l'état myxœdémateux s'associe au développement du tissu adipeux, mais sans pouvoir l'affirmer : entre les doigts on a la même sensation molle qu'au visage. *Les seins* sont très développés, piriformes.

Au niveau du bras et de la partie supérieure de l'avant-bras, la peau est comme sur le tronc pâle, décolorée, les segments du membre supérieur sont gros, d'aspect adipeux ; ce n'est qu'au-dessus du poignet qu'on remarque un aspect anormal ; le poignet est infiltré, large, et dans la région cubitale l'épaississement se prolonge sur l'avant-bras. Le tissu cellulaire distend la peau du dos de la main, et les doigts élargis deviennent régulièrement cylindriques.

Enfin, au membre inférieur, on remarque le volume des cuisses sans dé-

formation. A partir du genou, l'augmentation de volume se traduit par un changement de forme. La partie inférieure de la jambe et le dos du pied offrent une tuméfaction qui simule exactement l'œdème vulgaire mais sans qu'on puisse déterminer de godet.

Remarquons les troubles circulatoires qui existent aux extrémités. Les pieds et les mains ont une teinte cyanique permanente, des plus nettes.

Enfin, nous pouvons signaler ici quelques symptômes qui ont leur valeur : le système pileux est développé en général, mais les poils sont extrêmement grêles sur les membres. La malade ne transpire jamais, dit-elle ; elle a très souvent froid et frissonne facilement ; mais elle ne se couvre pas en hiver et est plus sensible au refroidissement qu'au froid à vrai dire. Jamais elle n'a de sensation de chaleur.

b) *Troubles nerveux et musculaires.* — Nous avons déjà signalé au passage quelques signes d'une altération de l'état général. L'état anémique, révélé par la décoloration des muqueuses, peut être accusé de quelques troubles, tels que des douleurs céphaliques constrictives, l'essoufflement facile. Mais en réalité il ne s'agit pas d'une anémie banale, elle-même relève d'une origine supérieure, et il s'y associe un affaiblissement du système nerveux et musculaire vraiment spécial. Ce sont des troubles intellectuels datant de la même époque que l'infiltration cutanée : une difficulté plus grande à comprendre, surtout une diminution de la mémoire dont la malade se plaint extrêmement. Pourtant elle est encore intelligente, répond d'une manière précise quoique lente et si elle-même n'accusait pas le changement cérébral, on la classerait parmi les personnes normales, bien développées et de bon sens.

La conscience de la diminution intellectuelle a engendré des modifications du caractère ou plutôt s'en est accompagnée. La malade est devenue triste, elle pleure facilement et l'expression de la physionomie indique l'état chagrin. Ce n'est pas une détraquée, on ne trouve aucun stigmate d'hystérie.

Mais, quand on fait causer la malade, elle attire surtout l'attention sur les modifications musculaires. L'examen dynanométrique indique peu de force : 80 kil. à droite, 50 à gauche. Qu'elle mette en jeu l'activité musculaire générale, et en quelques minutes la fatigue survient, elle s'essouffle ; qu'elle monte un escalier, ses jambes lui paraissent lourdes, qu'elle reste quelque temps debout, elle a des douleurs articulaires. L'origine de cette faiblesse est mixte ; le système musculaire est affaibli, mais également le système nerveux central, et dans les travaux non pénibles qui exigent une attention soutenue, la même fatigue reparaît, ainsi quand la malade coud à l'aiguille.

Puis, c'est le soir, une tendance au sommeil exagérée, de suite après le repas. La journée même des appels au sommeil, au moindre prétexte.

Il n'y a pas de troubles de sensibilité. La vue est diminuée, la malade est légèrement myope, il n'y a pas de modification du fond de l'œil. L'acuité auditive a baissé également.

Examen des viscères. — Les poumons n'offrent aucune trace de lésion. Au cœur on ne trouve pas de souffle malgré l'état anémique. Le pouls bat à 68°, il n'y a jamais de palpitations. Nous notons quelques troubles

digestifs, secondaires sans doute à l'état anémique, des douleurs gastriques en dehors des cas de coliques surtout lors des règles ; une constipation habituelle.

Les urines sont peu abondantes, 1000 gr. en moyenne, de couleur claire, elles prennent par l'acide nitrique une coloration rose intense due à l'urohématine, signe de la destruction globulaire.

Le foie n'est pas gros. Mais la rate est développée et sa projection à la percussion a une longueur de 8 centimètres.

Corps thyroïde. — Pour compléter l'étude de notre malade il nous reste à examiner le cou. La palpation en est difficile à cause de l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ; ce que l'on peut affirmer, c'est que, si le corps thyroïde existe il est très peu développé.

Résumons cette observation : une jeune fille normale jusqu'à l'âge de 14 ans, présente, à l'occasion des premières règles, un épaississement général de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, prédominant aux extrémités et déformant la face, excessivement mou, sans œdème vrai, avec des troubles cutanés accessoires, la disparition de la sécrétion sudorale et sébacée. A la lésion cutanée s'ajoute l'affaiblissement des facultés intellectuelles et motrices du système nerveux, la déchéance certaine quoique très lente. L'état général se modifie, une anémie prononcée survient.

Le diagnostic est fait lorsqu'on examine le corps thyroïde qui est atrophié. Il s'agit bien d'un cas de myxœdème, mais au début, présentant tous les symptômes au complet mais tous esquissés, à l'état d'ébauche.

L'état peu avancé de la maladie donnera de l'intérêt aux tentatives thérapeutiques qui seront faites, si la malade s'y prête : les injections de suc de corps thyroïde, et, au besoin, la greffe thyroïdienne.

Un cas de lichen scrofulosorum (présentation de malade).

Par M. Georges Thibierge.

L'observation sera publiée ainsi que l'examen histologique, dans le procès-verbal de la prochaine séance.

Syphilis maligne précoce du système nerveux.

Par MM. Gilles de la Tourette et Hudelo.

Voir pages 686.

M. E. Vidal. — M. Déjerine a vu dans mon service, en 1876, et publié un cas de syphilis médullaire, qui, comme syphilis maligne précoce du sys-

tème nerveux, n'est pas sans analogies avec celui qui fait le sujet de la communication de MM. Gilles de la Tourette et Hudelo.

M. Gilles de la Tourette. — Je connais parfaitement le fait auquel M. E. Vidal fait allusion. Publié dans la *Revue de médecine* de 1884, il a trait à un individu syphilitique qui mourut en 8 jours d'une myélite aiguë du renflement dorso-lombaire. C'est là un type de ces syphilis nerveuses graves dont la notion est bien établie, mais le type que nous nous efforçons de mettre en lumière n'a rien de commun avec le précédent. Dans les cas que nous avons observés la syphilis ne porte plus son effort quelque grave qu'il soit sur un seul point du névraxe, elle envahit fatalement progressivement, dès le début de l'infection, le système nerveux pièces par pièces, cerveau, moelle, nerfs périphériques ; le traitement reste, en partie au moins, impuissant. Nous proposons, avec M. le prof. Fournier, pour qualifier ces faits le nom de syphilis *maligne* précoce du système nerveux. Peut-être cette dénomination paraîtra-t-elle irrégulière, nous en accepterions volontiers une meilleure, mais en somme les mots n'ont que la signification qu'on leur prête. Le terme de syphilis grave précoce a été consacré par l'usage pour désigner un type qui n'est pas celui que nous décrivons aujourd'hui : force nous est bien de chercher une autre qualification.

M. Vidal. — Le fait dont je parlais est antérieur à celui que vient de rappeler M. Gilles de la Tourette et il en diffère notablement. Il a été publié par M. Déjerine, en 1876, dans les *Archives de physiologie normale et pathologique*, n° 4, p. 430, sous le titre d'*affection nerveuse centrale d'origine syphilitique*. C'est l'observation d'une femme de 26 ans, atteinte, depuis quelques jours seulement, des manifestations secondaires de la syphilis quand elle devint graduellement paraplégique. Très rapidement, les papules syphilitiques siégeant sur tout le corps et sur la face, devinrent croûteuses et ulcérées, l'affection prenant la forme de *syphilis maligne précoce* la plus caractérisée.

La paralysie limitée d'abord aux membres inférieurs, après quelques améliorations passagères attribuées à l'action de l'iodure de potassium, continua à progresser en remontant, s'étendit lentement aux membres supérieurs qui devinrent le siège de douleurs, d'élancements, de fourmillements et d'affaiblissement, en même temps que survenaient des accès de constriction thoracique. La malade succombait moins de six mois après le début des premiers symptômes de la lésion médullaire.

L'examen histologique de la moelle montra à M. Déjerine l'altération des cellules motrices des régions lombaire et dorsale inférieure. Les muscles des membres inférieurs étaient atrophiés, et les tubes nerveux des nerfs musculaires altérés et atrophiés.

Je ne crois pas m'être trop avancé en disant que ce fait, bien que la lésion soit localisée à la moelle épinière, peut être rapproché de celui de M. Gilles de la Tourette pour l'étude des affections nerveuses centrales précoces d'origine syphilitique, encore si peu connues.

Syphilis nerveuse maligne précoce.

Par le Pr Alfred Fournier.

Je désire présenter à la Société une observation qui servira de pendant au cas si intéressant dont M. Gilles de la Tourette vient de nous entretenir.

Analogue, mais non identique à la précédente, cette observation servira à démontrer ce fait que la syphilis nerveuse maligne précoce, dont l'étude est encore à peine ébauchée, peut se montrer sous deux formes, à savoir :

1° Une *forme isolée, exclusive*, où la malignité ne sévit que sur le système nerveux ;

2° Une *forme associée*, où la malignité frappe à la fois et le système nerveux et divers autres systèmes organiques.

Le cas de M. Gilles de la Tourette est un exemple de la première forme.

Le cas que je vais citer est un spécimen de la seconde. Le voici, très résumé.

Une jeune femme, d'assez bonne santé antérieure, à cela près de quelques fièvres palustres, contracte la syphilis de son mari. Elle commence par présenter des « boutons » à la vulve, puis une roséole et quelques plaques muqueuses buccales. Elle est traitée et bien traitée par son médecin.

Néanmoins, trois mois environ après le début même de la maladie, en dépit d'une bonne hygiène, en dépit d'un traitement convenable et correctement suivi, éclate un orage formidable d'accidents syphilitiques les plus divers, à savoir, pour ne parler que des principaux :

1° *Syphilide papulo-tuberculeuse confluente*, couvrant presque tout le corps d'énormes placards rouge-brun, fortement desquamatifs par places et rappelant l'aspect des herpétides exfoliatrices malignes. Les mains, prises comme exemple, étaient absolument dépouillées, en état de desquamation foliacée, fissurées dans tous leurs plis, tuméfiées, et, naturellement, invalides.

2° *Onyxis hypertrophique*, et, plus tard, chute de tous les ongles des doigts et des orteils.

3° *Glossite* secondaire des plus intenses ; langue littéralement criblée d'érosions, d'ulcérations, de fissures, etc.

4° *Alopécie* absolue des cils et des sourcils, au point qu'à un moment donné il ne resta pas un seul de leurs poils. — Et, contraste des plus extraordinaires dont je n'ai pas encore observé un second exemple, intégrité absolue de la chevelure. La malade n'a pas perdu, dit-elle, un seul cheveu au cours de cette effroyable poussée.

5° *Ophtalmies graves* : Iritis à droite ; des deux côtés, névrite optique et chorio-rétinite. Pendant deux mois, cécité double, absolue.

6° Enfin, du côté du système nerveux, symptômes profus et sérieux, à savoir :

A. — *Céphalée* horrible, atroce, diurne et nocturne. « Je ne comprends pas, me disait récemment la malade, que j'aie pu y résister; maintes fois j'ai eu l'idée, en raison de cette effroyable douleur de tête, d'en finir avec la vie, et je me tuerais bien certainement, si je savais que cela dût recommencer. »

B. — *Fulgurations* extrêmement douloureuses dans les membres inférieurs, et comparables, d'après la description de la malade, aux crises fulgurantes du tabes.

C. — *Faiblesse* extraordinaire; anéantissement des forces; véritable état de prostration physique; adynamie réelle.

D. — *Mydriase* paralytique à gauche.

E. — Et, enfin, *symptômes hystériques* nombreux et variés, consistant en ceci :

Accès convulsifs, tout à fait hystériques comme modalité;

Phénomènes d'anesthésie disséminée; troubles divers de la sensibilité;

Troubles du sommeil; cauchemars; insomnies, même en dehors des crises douloureuses;

Nervosisme général; suggestibilité; malade devenue hypnotisable, etc., etc...

Sans parler d'autres phénomènes que je passe sous silence, constituant un état hystérique d'autant plus extraordinaire qu'antérieurement à l'époque de la contamination syphilitique cette femme n'avait jamais présenté le moindre symptôme d'hystérie. Il n'a pas fallu moins d'une année pour se rendre maître de ces diverses manifestations, et cela grâce à un traitement des plus énergiques et des plus complexes : injections mercurielles, frictions mercurielles, iodure de potassium, douches froides, toniques, changement de lieu, campagne, séjour dans les montagnes, eaux sulfureuses, etc., etc. Aujourd'hui la malade peut être dite à peu près guérie.

Une observation de cet ordre pourrait donner lieu à de nombreux commentaires. Je ne veux en retenir pour l'instant, en dehors du sujet visé par cette communication, que les deux points suivants qui me paraissent assez dignes d'intérêt pour légitimer une courte digression.

1° Le premier, relatif à une question qui récemment était agitée ici-même, est que *cette syphilis si grave dérivait d'une syphilis absolument bénigne*. J'ai vu et traité le mari de la malade, seul auteur possible de la contagion. Or, quelle a été la syphilis dudit mari? La plus bénigne du monde, car elle a été constituée en tout et pour tout par les quelques accidents que voici : un petit chancre; une roséole légère; quelques taches palmaires; et UNE plaque muqueuse linguale.

2° La seule circonstance étiologique qui paraisse, sur la malade en question, avoir pu communiquer à la syphilis une raison de malignité, c'est le *paludisme*. Inventaire fait très minutieusement des antécédents héréditaires ou personnels de la malade, de ses habitudes, de son état de santé antérieure, etc., je n'ai trouvé à relever que ceci : des fièvres intermittentes, remontant à cinq années avant l'infection

syphilitique, et s'étant répétées depuis lors (voire récemment encore) à diverses reprises. Ce fait viendrait donc à l'appui de l'opinion que j'ai développée ailleurs, à savoir que le paludisme constitue pour la syphilis un facteur de gravité puissant.

Cela dit, je reviens au point dominant de l'observation que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, à savoir la *participation prise par le système nerveux à un état d'infection syphilitique grave.* Non seulement la malignité, dans le cas actuel, s'est étendue à ce système, mais elle l'a touché de la façon la plus sérieuse et la plus complexe; — la plus sérieuse, en créant des symptômes d'une haute intensité, tels que céphalée atroce, fulgurations, adynamie, mydriase, accès convulsifs, troubles de la sensibilité, nervosisme général, etc.; — la plus complexe, en constituant des troubles de localisations multiples et des troubles d'ordre tout à la fois organique et dynamique. Il y a eu, chez notre malade, une véritable *malignité nerveuse* engendrée par la syphilis. Et cet exemple, comme celui de M. le D[r] Gilles de la Tourette, ne justifie-t-il pas un mot ancien, dont Ricord est le père, je crois, à savoir que la syphilis est susceptible de jeter un véritable *branle-bas* dans le système nerveux.

Mais, je le répète, dans le cas de ma malade, la malignité nerveuse s'est associée à une malignité s'exerçant sur d'autres systèmes : système cutané, annexes de ce système, langue, organe de la vision; tandis que, dans le cas relaté par M. de la Tourette, elle s'est concentrée exclusivement sur les centres nerveux.

D'où il suit que d'ores et déjà, bien que la question soit à peine à l'état d'ébauche, il semble bien que nous soyons autorisés à dire ceci : que l'ensemble symptomatologique auquel on peut donner le nom de syphilis nerveuse maligne précoce, comprend deux ordres de cas : ceux où le système nerveux est frappé seul, et ceux où il est frappé simultanément avec d'autres systèmes.

M. Moty. — Au point de vue de la gravité ou de la malignité de la syphilis, je puis signaler des différences curieuses suivant les races : ainsi la syphilis est très grave parmi la race chinoise, où l'on observe fréquemment la syphilis osseuse. La race annamite au contraire est presque indemne, et jamais n'est atteinte de syphilis osseuse. Faut-il faire intervenir ici l'influence du paludisme, fréquent chez les Chinois; ou bien une question de race, de terrain?

M. Gaucher. — MM. Gilles de la Tourette et Fournier établissent, il me semble, une distinction assez subtile entre les mots *malignité* et *gravité.* J'admets qu'il puisse y avoir gravité sans malignité, mais je comprends difficilement la malignité sans gravité.

M. Lailler. — M. Fournier maintient-il l'épithète maligne et non grave?

M. A. Fournier. — On ne peut pas dire ici que les manifestations syphilitiques aient été très graves, puisque la malade a guéri, et j'espère bien qu'il en sera de même pour celui de M. Gilles de la Tourette. Il y a là une question de nuances, difficiles à fixer dans les mots, ceux du moins que nous possédons, et auxquels il faudrait en substituer d'autres. J'admets l'objection qui m'est faite, mais je n'ai employé le mot de *malignité* que parce que je l'ai trouvé tout fait dans la science.

M. Gilles de la Tourette. — La gravité n'implique nullement la malignité.

M. Gaucher. — C'est justement ce que j'ai dit.

Trichophytie disséminée des régions glabres et du cuir chevelu à l'âge adulte.

Par MM. Tenneson et H. Berdal.

Voici un cas de trichophytie qui me paraît offrir un intérêt spécial en raison des anomalies qu'on peut y observer : diffusion des lésions et apparition sur le cuir chevelu à l'âge adulte.

Cette jeune malade entrée une première fois, le 6 janvier 1892, dans notre service, présentait disséminés sur tout le corps de nombreux placards arrondis, eczématiformes, quelques-uns affectant une forme circinée plus ou moins parfaite. A la périphérie de ces derniers on trouvait quelques vésicules très petites ou des croûtelles succédant à la rupture de ces vésicules. Vous pouvez encore voir quelques-uns de ces placards sur les avant-bras et dans le dos de la malade, mais vous n'aurez ainsi qu'une faible idée du nombre et de la dissémination des lésions que l'on observait à cette époque. Il s'en trouvait dans toutes les régions du corps, sur le visage, sur le thorax, dans le dos, sur les cuisses, dans la région fessière, sur la nuque, dans l'épigastre, etc. Actuellement le nombre des plaques s'est considérablement réduit, en raison du traitement suivi par la malade ; nous désirons cependant attirer votre attention sur les lésions que l'on observe au niveau des avant-bras, de la paume des mains et du cuir chevelu.

Sur les avant-bras, c'est la trichophytie classique, nous ferons seulement remarquer que les lésions s'avancent sur la partie supérieure de la paume de la main et établissent ainsi un trait d'union entre les trichophyties des régions à couche cornée mince et les trichophyties des régions à couche cornée épaisse.

Dans la paume de la main on trouve au niveau du petit doigt et de la région externe du pouce de la main gauche, ainsi que dans la région thénar des plaques au niveau desquelles l'épiderme est tombé, plaques

légèrement rouges, présentant, par places, des squames sèches plus ou moins adhérentes et offrant quelques vestiges de la bordure épithéliale décollée si bien décrite par MM. Djelaleddin-Moukhtar. Nous ne nous étendrons pas sur les caractères de ces lésions palmaires et nous nous contenterons de faire remarquer que dans ce cas, comme dans la plupart des observations de trichophyties des régions à couche cornée épaisse, les filaments de mycélium se présentent en très grand nombre, tandis qu'il faut quelquefois chercher très longtemps pour trouver le mycélium dans les squames trichophytiques des autres régions alors même qu'on s'adresse à la zone d'envahissement. Faut-il croire que le trichophyton pousse plus abondamment dans la couche cornée de la paume de la main ou de la plante des pieds ? Nous croirions plus volontiers que, en raison de sa résistance, la couche cornée épaisse, envahie par le champignon, ne se désagrège pas et reste adhérente à l'épiderme sain, formant la bordure épithéliale décollée dont nous avons parlé, tandis que les couches cornées minces des autres régions se détachent et se désagrègent sitôt qu'elles sont envahies, de telle sorte qu'on ne trouve que très peu de mycélium. Ce fait est très remarquable chez notre malade et il nous a fallu chercher longtemps dans les placards circinés typiques du corps avant de trouver du mycélium tandis que nous en trouvions en abondance au premier examen des squames de la main.

Les lésions du cuir chevelu présentent de l'intérêt en raison de l'âge de la malade et de la forme qu'elles affectent :

C'est à quinze ans passés qu'elles se sont produites, au moment où l'on peut, d'après M. le Dr Besnier, éliminer à peu près certainement la possibilité d'une trichophytie vraie du cuir chevelu.

Ces lésions sont diffuses, répandues sur toute la tête, sans bords nets, présentent seulement un maximum d'intensité au niveau de la région pariétale. Cette diffusion s'explique peut-être par les inoculations consécutives au grattage provoqué par la phthiriase.

Bien que la malade soit blonde, on peut retrouver le grenu pelure d'orange de la trichophytie classique ; on voit les endroits malades recouverts de nombreuses squames blanches donnant à ces parties un aspect séborrhéique ; on trouve des poils cassés, gonflés dont quelques-uns offrent la gaine amiantacée. Enfin, par le grattage, on obtient des fragments de cheveux bourrés de spores trichophytiques. Il s'agit bien là d'une trichophytie vraie des poils.

Une particularité que nous devons signaler, c'est que les spores, à peu près égales entre elles, offrent un volume double de celles du trichophyton ordinaire. Il y a là un fait peut-être sans importance, nous nous réservons cependant de revenir sur cette question. Nous ne nous servons plus de potasse pour éclaircir et dissocier les squames dans lesquelles nous cherchons le trichophyton. Nous préférons de

beaucoup les traiter par l'acide formique pur qui éclaircit presque autant que la potasse, dissocie avec une énergie plus considérable que l'acide acétique, et cela sans provoquer d'altération. On peut conserver les préparations dans la glycérine ; il suffit pour cela de remplacer l'acide par une goutte de glycérine formique au 100e.

M. E. Besnier. — La présentation de MM. Tenneson et Berdal touche à une question grosse de difficultés cliniques et histologiques. Nous croyions autrefois que pour chaque espèce de teigne, la graine était unique et que les différentes variétés dépendaient du terrain ou de conditions inconnues. Or, il semble bien aujourd'hui qu'il existe des *espèces* différentes et que l'*unité* du favus ou de la trichophytie n'est pas un dogme aussi solidement établi que nous le pensions. D'ailleurs il est probable, en raison de travaux étrangers et français publiés déjà ou en préparation, que la lumière ne tardera pas à être faite.

Épithélioma de la région temporale droite simulant une lésion syphilitique.

Par M. Estrada.

Ce malade vient de Colombie (Amérique du Sud), agriculteur. Il est âgé de 64 ans.

Père mort à l'âge de 50 ans environ, de fièvre jaune.

Mère morte à l'âge de 76 ans d'une affection du cœur. Elle avait eu une ulcération à la tempe droite qui avait guéri 5 à 6 ans avant sa mort après opération.

Quatre frères ou sœurs dont 2 morts d'affections du cœur. Un frère mort d'hémorrhoïdes.

Un frère bien portant, âgé de 78 ans, aurait eu une ulcération superficielle du nez rapidement disparue.

État actuel. — Homme de taille moyenne, musclé, d'excellente santé. Jamais il n'a eu des maladies graves.

A l'âge de 15 à 20 ans aurait contracté la syphilis, qui se serait caractérisée par une lésion anale, par des syphilides palmaires et plantaires et par la chute des ongles des mains et des pieds. Vers la même époque, il aurait eu une blennorrhagie.

Il y a environ 17 ans, début de l'ulcération actuelle par une croûtelle située au milieu de la peau qui sépare l'œil droit de l'oreille correspondante, croûtelle absolument indolente, déterminant quelquefois de la démangeaison lorsqu'on l'enlevait. L'ulcération proprement dite a débuté il y a environ 6 ans.

En 1888, le malade s'est confié aux soins d'un empirique qui le traitait au moyen d'un emplâtre de composition secrète. L'emplâtre restait en place pendant 15 jours consécutifs ; au bout de ce laps de temps il était renouvelé. Le malade ressentait de la douleur au niveau de l'ulcération dans les premières heures de chaque application.

Au commencement du traitement, en 1888, il a eu une hémorrhagie considérable au niveau de l'ulcération. Il y en a eu une seconde dans les premiers mois de cette année. Le traitement par les emplâtres a duré environ trois ans. Sous son influence, l'ulcération qui avait environ trois centimètres de diamètre au début se serait rétrécie jusqu'à ne plus avoir qu'un centimètre de diamètre, mais après un certain temps d'arrêt, elle n'a pas tardé à reprendre sa marche excentrique jusqu'à revêtir l'aspect actuel.

A son arrivée à Paris (le 29 mai), il y avait environ un mois que le malade se traitait par des lavages avec une solution de résorcine suivis d'applications de poudre d'aristol.

Nous l'avons soumis au traitement spécifique depuis le 30 mai ; il prend depuis ce jour 3 pilules de Dupuytren et 4 grammes KI ; localement il fait des lavages avec la liqueur de Labarraque, suivis d'applications d'iodol et d'un pansement occlusif à l'emplâtre mercuriel de Vigo.

Actuellement l'ulcération occupe à peu près tout l'espace compris entre la commissure palpébrale postérieure de l'œil droit et le conduit auditif correspondant d'un côté et la naissance des cheveux et la partie supérieure de la joue d'autre côté. Elle a la forme d'un ovale à grand diamètre de 7 centim. obliquement dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, et à petit diamètre transversal de 5 centimètres. Ses bords sont réguliers et taillés à pic à la partie postérieure de l'ulcération ; à sa partie inférieure et antérieure la peau est comme enroulée de la surface vers la profondeur, de façon que l'épiderme paraît se continuer directement avec le fond de la plaie ; à sa partie supérieure, par contre, la peau se continue insensiblement de la périphérie vers le centre avec une zone cicatricielle qui affecte la forme d'un croissant de 2 centim. de largeur à sa partie moyenne. Les bords de l'ulcération ne sont pas indurés et présentent une coloration un peu plus rouge que le reste de la peau.

A la partie inférieure et antérieure de l'ulcération il y a eu *séquestre osseux* noirâtre de 4 centim. de long sur 2 centim. de large et formé aux dépens de l'angle supérieur de l'os malaire.

Le fond de l'ulcération est rouge et constitué par des bourgeons charnus, arrondis, ramifiés, séparés par des sillons peu marqués.

Le malade n'a jamais ressenti aucune espèce de douleur au niveau de sa lésion. Les groupes ganglionnaires voisins sont absolument indemnes de même que les ganglions axillaires et inguinaux.

Sur le corps on ne trouve aucune trace de lésion syphilitique, excepté quelques petites cicatrices au niveau des coudes et des genoux dépourvues de caractères spécifiques.

Je dois ajouter que le malade a eu, il y a 4 ans, une petite ulcération sur l'aile droite du nez, ulcération qui aurait disparu spontanément et dont on voit la cicatrice.

Quelle est la nature de cette ulcération ? S'agit-il d'un épithélioma ou d'une ulcération syphilitique, ou bien est-ce là une lésion hybride ?

Nous avons voulu nous éclairer dans ce diagnostic par le microscope et M. Darier a bien voulu faire l'examen histologique de la tumeur. Je prie M. Darier de vouloir bien faire connaître à la Société les résultats de son examen.

M. Darier. — J'ai trouvé là de l'épithélioma pavimenteux lobulé comme on en rencontre ordinairement dans l'ulcus rodens ; quant à la syphilis je n'ai rien trouvé qui me permette de l'affirmer.

Sur un mode de traitement rapide de la pelade, au moyen de scarifications suivies d'applications médicamenteuses.

Par A. Morel-Lavallée.

Je viens vous dire un mot sur un mode de traitement que j'emploie depuis deux ou trois ans contre la pelade avec des résultats assez encourageants.

Voici ma manière de procéder : après lavage antiseptique des régions dénudées, j'y pratique une scarification très légère et superficielle, puis j'y applique une couche de pommade qui doit rester au moins 2 heures, et mieux 24 heures. Cette opération est répétée tous les 8 jours au moins, ou tous les 5 jours au plus. Je n'ai jusqu'ici eu recours à aucune épilation adjuvante.

Les diverses substances antiseptiques ou irritantes essayées par moi n'ont pas encore suffisamment fait leurs preuves pour que je me croie autorisé déjà à préconiser de préférence telle ou telle formule. Mais j'ai cru qu'il y avait lieu de présenter cette note, autant pour prendre date que pour permettre aux dermatologues qui le voudraient d'expérimenter dès à présent la méthode dont je parle.

Je n'ai mis jusqu'ici ce traitement en usage que dans des cas de pelades en aires rondes et circonscrites, à forme plus nettement parasitaire, semble-t-il, par opposition aux vastes pelades dites trophoneurotiques occupant, par exemple, tout le territoire du nerf sous-occipital. De même, je n'ai encore qu'une pelade de la barbe soumise à ce mode d'intervention.

En tout cas, pour les pelades mises ainsi en traitement à la période « éburnée », voici ce que j'ai observé : au bout de 2 scarifications, — soit de 15 jours, en tous cas après la 3e scarification, c'est-à-dire quand je revois le malade à *la fin de la* 3e *semaine*, — au lieu de voir poindre sur la surface blanche le fin duvet incolore qui vient transitoirement précéder la pousse des cheveux, j'ai vu se produire ceci : l'aire peladique n'est plus ivoirine ; elle présente un piqueté noirâtre dû à la saillie des bulbes pileux devenus visibles, en outre elle est traversée çà

et là par quelque trois ou quatre cheveux *qui ont poussé avec leur couleur normale et leur aspect normal ;* je veux dire qu'ils sont dores et déjà *colorés*, *réguliers*, *non moniliformes et bien adhérents. Leur croissance est tellement rapide qu'en* 8 *jours d'intervalle ils ont poussé et acquis une longueur, variable pour chacune d'eux, de* 3 *à* 5 *millimètres.*

De là résulte que la zone peladique, étant, non plus éburnée, mais piquetée de noir et traversée par quelques poils, elle ne présente plus son aspect blanc luisant, tranchant sur le voisinage, mais *offre l'aspect d'une alopécie en clairière.* J'ai été assez heureux pour obtenir ce résultat au bout de *15 jours* dans un cas que j'ai pu montrer à M. Doyon et à M. Besnier.

Bien que ces cheveux de nouvelle venue croissent un peu çà et là sur la plaque, il arrive cependant souvent qu'ils apparaissent concentriquement, poussant de la périphérie au centre. Ce fait a son importance, puisque cette repousse à évolution centripète — si elle était communément observée, — permettrait de préjuger, d'espérer au moins que le processus de guérison se fait à la périphérie avec son maximum d'intensité — et en tout cas que le défluvium cesse rapidement à la limite de la lésion, — à plus forte raison *que la maladie doit dès ce moment avoir perdu sa force d'extension et de contagiosité* (?).

Chez un malade en cours de traitement et touchant à la guérison, j'ai pu, en appliquant les procédés ci-dessus, hâter considérablement la repousse, qui, là, s'est faite au moyen du fin duvet incolore usuel, lequel a simplement poussé plus vite, plus dru et plus foncé.

Il résulte de ce qui précède qu'il nous semble être sur la voie d'un traitement de la pelade qui en permet la guérison rapide, au moins pour certaines formes de la maladie, soit par exemple en 3 ou 6 semaines au lieu de 3 ou 6 mois, quand on n'est pas obligé de compter par années comme il est souvent arrivé.

Comment agit le traitement que nous proposons ?

Est-ce par révulsion ? Assurément non, car notre scarification est si légère, si espacée, si superficielle que son action irritative est nulle si on la compare à celle due aux applications de vésicatoires emplastiques ou liquides, à plus forte raison d'acide acétique.

Est-ce donc à titre d'antiseptique ? Peut-être, mais en tout cas son action ne se borne pas là, et de cela voici la preuve : la femme de mon client cité plus haut avait à la bordure frontale une plaque chauve depuis 12 à 18 mois, due à la pression constante à la même place d'une épingle à cheveux que terminait un joyau gros et pesant. Elle insista tellement pour que j'essayasse sur elle le traitement qu'elle voyait réussir à son mari, que j'accédai à son désir. A mon grand étonnement, je vis bientôt sur cette plaque glabre repousser des cheveux

déjà blonds et de diamètre normal, très bien adhérents, mais épars et encore RARI NANTES. Il est bien évident qu'il s'agissait là d'une usure traumatique des poils et de leurs follicules, et que mon intervention n'avait pas à antisepisser un processus infectieux.

Étant donnée l'importance du *terrain nerveux* sur lequel se cultive le germe peladique, on peut se demander si, dans le traitement d'une pelade à plaques multiples, l'heureux résultat obtenu sur une ou plusieurs plaques ne pourrait pas, par un mécanisme réflexe, exercer une action eutrophique sur l'ensemble des placards alopéciques dus à la maladie. Cette supposition était d'autant plus permise que dans la pelade, il se fait un DEFLUVIUM CAPILLITII généralisé, indépendamment de l'alopécie *complète* en aires (1). Mais cette supposition est inadmissible pour tous les cas, insuffisante au moins, attendu que dans les essais que je tente actuellement je fais ce que je pourrais appeler l'*hémitraitement*, un certain nombre des plaques malades restant soumises à l'expectation ou aux divers traitements classiques. L'amélioration rapide ne se produit que sur les parties soignées par le procédé que j'ai plus haut exposé.

Mon cher maître M. le professeur Fournier a bien voulu me laisser mettre ce traitement en essai sur un certain nombre de malades du dehors venant se faire soigner à la clinique de l'hôpital St-Louis. J'espère pouvoir, d'ici peu, en présenter des résultats satisfaisants à la Société de dermatologie.

M. RAYMOND. — J'ai aussi été frappé de cette repousse de la périphérie au centre, que j'ai obtenue avec différents traitements ; très souvent les cheveux qui repoussent présentent leur coloration normale au lieu d'être un duvet incolore ; j'ajouterai même que ces cheveux tiennent alors mieux que les poils de duvet que l'on voit habituellement. L'important dans le traitement de la pelade est de faire une forte révulsion, et je communiquerai des cas dans lesquels les cheveux ont ainsi commencé à repousser après trois et même deux semaines.

M. MOTY. — Je me suis rencontré avec M. Morel-Lavallée sans le savoir et c'est surtout dans les pelades à petites plaques rouges, qui paraissent de nature microbienne que j'ai appliqué le traitement par les scarifications. Quatre fois sur six j'ai obtenu des résultats satisfaisants.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Au bout de combien de temps se montraient les premiers poils ?

M. MOTY. — De 15 à 20 jours.

(1) Nous tenons même actuellement en observation un cas fort curieux qui a débuté par une alopécie en clairière, allongée en bande verticale et mal limitée, qui a siégé pendant plusieurs fois sur la bordure du cuir chevelu, à la région rétro-auriculaire. Ce n'est qu'au moment où cette alopécie, devenue éburnée, commence à guérir, que je constate au milieu de la tête une plaque de pelade typique.

M. Brocq. — Plus je vois de cas de pelade, plus mon scepticisme s'accroît en matière de traitement. En somme, à cet égard on peut, je crois, les diviser en deux catégories : celles qui guérissent très facilement, et celles qui ne guérissent pas ou récidivent sans cesse, quel que soit d'ailleurs des deux parts le traitement employé.

M. P. Raymond. — Je suis de l'avis de M. Brocq. Dans la pelade en aires, celle qu'a visée M. Morel-Lavallée, on obtient la guérison plus vite que dans les autres variétés, voilà tout.

M. Barthélemy. — Il y a dans toute affection des cas graves et des cas légers, cela est indubitable, mais il est tout naturel qu'on cherche dans les cas graves à tenter de nouveaux procédés de guérison. Or, il me paraît certain que la méthode des injections hypodermiques et des scarifications constitue un progrès.

M. Feulard. — Le traitement de l'alopécie en aire par les scarifications est bien vieux, il est déjà signalé par Celse dont on trouvera le passage cité dans ma thèse.

M. Brocq. — Je n'ai nullement dit qu'il fallait abandonner à eux-mêmes certains cas de pelade. J'ai voulu seulement mettre en garde contre les succès thérapeutiques *apparents*.

M. Morel-Lavallée. — Je dois noter que les syphilitiques sont particulièrement favorables au traitement de la pelade. Je sais un de ces malades, qui a eu plusieurs récidives ; les unes traitées, les autres non traitées, toutes ont guéri dans le même temps.

M. G. Thibierge. — La valeur de la méthode proposée par M. Morel-Lavallée ne me paraît pas, d'après ses observations, tellement supérieure à celle des procédés habituels de traitement de la pelade qu'elle doive autoriser à recourir à des pratiques qui peuvent n'être pas sans danger. Les plaies du cuir chevelu ont toujours été redoutées des chirurgiens et incontestablement ce sont elles qui exposent le plus à l'érysipèle traumatique ; elles ne sont devenues moins meurtrières que depuis qu'elles sont traitées dans des conditions rigoureuses d'antisepsie et d'asepsie qui font la gloire et la sécurité de la chirurgie moderne, conditions auxquelles les dermatologistes n'ont pas jusqu'ici pris suffisamment soin de se soumettre. Ce n'est pas en faisant un lavage avec un liquide antiseptique, en appliquant ensuite une pommade plus ou moins aseptique — plutôt moins que plus — ou un emplâtre quelconque qu'on peut mettre des solutions de continuité du cuir à l'abri de l'infection streptococcique ; alors même que la surface malade et ses environs auraient été lavés avec soin, les scarifications pratiquées avec un instrument parfaitement aseptique, il faudrait encore faire un pansement véritablement chirurgical comme en exigent toutes les plaies de tête : à ces conditions seules, on pourrait espérer éviter tout accident. Bien que je pratique, dans les opérations cutanées, l'asepsie et l'antisepsie avec beaucoup plus de rigueur que la très grande majorité des dermatologistes, j'avoue que je ne croirais pas pouvoir appliquer ce traitement à des plaques récentes et peu étendues de pelade

destinées, non pas peut-être à guérir spontanément, mais en tous cas à céder à des traitements beaucoup plus simples et beaucoup moins dangereux ; il faudrait tout au moins, pour se réduire à cette extrémité, attendre que les traitements classiques et rationnels aient échoué, et encore, dans les pelades étendues, faudrait-il mettre en parallèle avec le résultat à obtenir le danger plus grand résultant de la multiplication des surfaces atteintes.

M. E. Vidal. — Il faut tenir compte aussi dans l'appréciation des résultats thérapeutiques de la période à laquelle on a commencé le traitement. Les pelades traitées de bonne heure sont bien plus faciles à guérir que celles traitées tardivement.

Cas extraordinaire d'ichthyose généralisée avec altérations des muqueuses buccale et nasale et des cornées.

Par M. Georges Thibierge.

Le jeune malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société offre un exemple très complet d'une forme intense d'ichthyose généralisée ; en outre, ses muqueuses et ses cornées sont le siège d'altérations curieuses, non signalées jusqu'ici dans les descriptions de l'ichthyose.

Cet enfant est actuellement soigné dans le service de mon maître, M. Ernest Besnier qui, avec sa grande libéralité, m'a engagé à recueillir son observation et à présenter le malade à la Société ; je tiens tout d'abord à lui exprimer toute ma reconnaissance de m'avoir si gracieusement abandonné un fait de cette importance.

Observation. — *Ichthyose généralisée ayant débuté à l'âge de 15 jours chez un enfant dans la famille duquel on ne connaît pas d'autre cas d'ichthyose. Lésions généralisées d'ichthyose cornée sur toute la surface cutanée, avec exagération des lésions (ichthyose hystrix) sur les parties centrales de la face, sur la face dorsale des mains et des pieds et sur la surface de flexion des articulations des membres supérieurs et inférieurs. État séborrhéique avec alopécie presque absolue du cuir chevelu, des régions ciliaires et surcilières. État plissé avec épaississement de l'épithélium des muqueuses buccale et nasale. Opacités superficielles, limitées à la partie centrale des deux cornées, avec développement de vaisseaux à la périphérie de la cornée et sur la conjonctive.*

Edmond Ben..., âgé de 12 ans, entré le 6 mai 1892 à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le Dr Ernest Besnier.

Antécédents héréditaires. — Son père est bien portant, exerce la profession de vigneron, n'a pas été soldat, n'a jamais quitté son pays natal.

Sa mère est également bien portante et n'a pas fait de fausses couches.

Il a un frère âgé de 10 ans et une sœur âgée de 8 ans; l'un et l'autre

sont très bien conformés, très forts, n'ont jamais présenté de lésion cutanée ni eu de maux d'yeux.

On ne connaît dans la famille de l'enfant aucun cas de maladie semblable à la sienne.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — L'enfant est originaire du département de l'Yonne, d'une commune où on n'a jamais entendu parler d'aucune maladie analogue à celle dont il est atteint.

Il est né avant terme (environ à 8 mois), quelques jours après une chute que sa mère avait faite.

On n'a pas cherché à rapporter sa maladie à une peur ou à quelque autre émotion que sa mère aurait ressentie pendant sa grossesse.

Il semble n'avoir présenté aucune trace de lésion cutanée pendant les premiers jours de son existence. C'est seulement vers l'âge de 15 jours qu'on a remarqué la présence sur le nez d'une tache grise peu épaisse, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, qui s'est agrandie peu à peu ; vers l'âge de 6 mois, les joues ont été envahies, puis les mains et progressivement les lésions se sont étendues à toute la surface cutanée. La personne qui fournit ces renseignements n'avait pas vu l'enfant depuis 4 ans et elle déclare que, depuis ce moment, les lésions des parties découvertes — les seules qu'elle ait jamais été à même de voir — se sont beaucoup aggravées.

L'enfant n'a jamais eu de cheveux. Il a toujours eu la vue faible ; il n'est pas possible d'obtenir de renseignements sur le début et la marche des lésions oculaires.

L'enfant a été placé à l'école pendant quelques jours; mais, comme il était en butte aux moqueries de ses camarades on a été obligé de l'en retirer; il a appris ses lettres, mais n'a jamais su lire, parce qu'il n'a pas passé assez longtemps à l'école, et à cause de l'état de ses yeux qui étaient rapidement fatigués, lorsqu'on cherchait à le faire lire. Néanmoins, il n'est pas sans intelligence, car il fait avec adresse et intérêt des travaux manuels assez délicats.

(Les parents de l'enfant n'habitant pas Paris, les renseignements précédents ont été fournis par une de ses tantes, ce qui explique les lacunes importantes qu'ils présentent.)

ÉTAT ACTUEL. — L'enfant mesure 1 mètre 32 centimètres; il pèse 31 kilogrammes. Les masses musculaires sont modérément développées, néanmoins on ne peut dire que ce soit un enfant mal nourri ou mal venu. Il ne semble pas non plus affaibli. Rien à noter dans le développement et la forme de son squelette qui paraît normal.

Les dents sont régulières, de conformation normale, leur nutrition est bonne. La voûte palatine n'est pas ogivale. Le lobule de l'oreille est adhérent. En un mot, sauf ce dernier caractère qui n'est pas un caractère formel de dégénérescence, l'enfant ne présente pas l'aspect extérieur des dégénérés et des idiots.

Les fonctions digestives s'exécutent normalement.

Il est d'un caractère doux; il semble bien plutôt n'avoir reçu aucune instruction et aucune culture plutôt que manquer d'intelligence : c'est évidemment un abandonné, victime de la malformation cutanée.

L'enfant exhale une odeur fade, pénétrante et désagréable, que l'on rencontre dans les cas d'hyperkératose généralisée avec macération épidermique, dans la psorospermose folliculaire végétante de Darier en particulier.

Les lésions cutanées qui vont être décrites sont remarquables par leur symétrie à peu près parfaite.

Extrémité céphalique. — Le *visage*, sur la plus grande partie de son étendue, ne présente d'autre altération qu'un état de sécheresse particulier du tégument, avec exagération de ses plis normaux, une sorte de quadrillage irrégulier et, par places, disséminées en petit nombre, de fines saillies, de la dimension de grains de milium, sans changement de coloration, mais desquamant légèrement lorsqu'on les frotte.

La lésion la plus importante du visage est constituée par une large plaque allongée qui, partant d'un point situé un peu au-dessous et en dehors de l'angle externe des paupières vient aboutir un peu en dehors de la commissure des lèvres pour se prolonger sur le menton, plaque d'apparence croûteuse, de coloration sale, jaune gris, saillante de 2 à 3 millimètres; la surface libre de cette plaque est régulière, mais présente des sillons profonds s'enfonçant jusqu'au niveau du tégument et qui, entre-croisés en divers sens, circonscrivent des segments polygonaux rappelant, à l'irrégularité près, l'aspect de la section d'une masse basaltique. Ces productions, qui sont très adhérentes, laissent après leur arrachement une surface sèche, irrégulière, creusée de dépressions cupuliformes superficielles, recouvertes d'épiderme corné.

Sur la partie supérieure du menton et sur la lèvre inférieure, on voit des productions analogues, mais moins épaisses et moins confluentes, séparées par des intervalles de peau simplement sèche sur lesquels on voit des plis cutanés profonds et les sillons normaux de l'épiderme exagérés.

A la lèvre supérieure, la peau offre le même aspect qu'à la lèvre inférieure, mais les productions épidermiques sont moins épaisses encore, quoique plus étendues; les plis cutanés sont très exagérés, rappellent par leur ensemble les fissures péri-buccales des nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire, mais sont tous verticaux au lieu d'avoir comme dans la syphilis la disposition radiée; dans les intervalles des productions épidermiques épaisses, la peau ne présente que de légères saillies sèches et d'apparence granuleuse.

Aux commissures labiales, sur une largeur de un demi-centimètre environ, et sur une étendue un peu plus considérable dans la partie sous-jacente aux commissures, les productions épidermiques sèches font presque complètement défaut, les plis cutanés exagérés et de coloration rosée séparent des sortes de masses végétantes; au voisinage de la commissure, le tégument prend un aspect humide et légèrement opalin, rappelant quelque peu les plaques muqueuses syphilitiques.

Sur le nez, se voient des productions épidermiques moins développées que celles des joues, d'aspect papillomateux, de coloration sale, grisâtre ou gris jaunâtre, recouvrant ses deux tiers inférieurs. Au niveau et au voisinage immédiat des orifices narinaires, on trouve des sillons profonds,

rappelant ceux des commissures labiales, mais sur lesquels la peau présente à un degré moins prononcé un aspect rappelant celui d'une muqueuse. Le bord inférieur de la cloison des fosses nasales est sec, recouvert de productions épidermiques peu épaisses.

A la partie interne du sourcil droit, on voit une plaque de concrétions épidermiques assez épaisses, d'apparence papillomateuse, de coloration gris jaunâtre pâle; les sourcils ne sont plus représentés que par quelques poils extrêmement minces et peu colorés occupant la partie interne du rebord orbitaire.

Les paupières ne présentent, sur leur face externe, d'autre modification qu'une sécheresse absolue. Les cils font à peu près défaut, on n'en voit que quelques rudiments à la partie interne du bord palpébral, lequel offre sur toute son étendue une série de petites saillies coniques cornées développées à l'union de la face cutanée et du bord libre de la paupière supérieure.

Le *front* est sec, mais n'est pas le siège de productions épidermiques particulières.

A la partie inférieure du pavillon des *oreilles*, on voit de chaque côté une plaque, plus étendue à droite où elle atteint l'ourlet qu'à gauche où elle est limitée au lobule, de coloration gris sale foncé, lobulée, d'apparence papillomateuse et sèche.

Sur le reste de son étendue, la peau du pavillon ne présente qu'un aspect légèrement granuleux et une sécheresse extrême, sauf à la partie profonde de la conque dont le tégument, tant au toucher qu'à la vue, est presque absolument lisse.

Sur le *crâne*, le tégument est le siège de plis prononcés, surtout dans sa partie postérieure; sa surface est irrégulière, granuleuse: on voit sur une grande partie de son étendue une sorte d'enduit grisâtre séborrhéique, mais sec et rude.

Le cuir chevelu semble presque chauve; cependant en l'examinant de près on y voit un certain nombre de poils, quelques-uns atteignant 5 à 6 centimètres de longueur et relativement épais, la plupart plus courts et très minces, tous très pâles, ayant la coloration de la filasse; ces poils sont non seulement plus fins et moins colorés que des poils normaux, mais encore irrégulièrement tordus et contournés, de sorte que, en certains points de leur trajet, ils semblent au premier abord être irrégulièrement moniliformes, mais il suffit de les poser à plat entre deux lames de verre pour constater soit à l'œil nu soit à l'aide d'un faible grossissement que leur calibre est partout régulier.

Sur le **cou**, la peau présente une exagération manifeste de ses plis, un aspect granuleux et des productions épidermiques peu épaisses, plus prononcées cependant au-devant du cartilage thyroïde et en arrière suivant une bande transversale sous-jacente à l'occipital.

Sur le **tronc**, on note également l'exagération des plis cutanés, l'aspect granuleux de la peau; l'épiderme est épaissi, mais il n'y a pas de productions épidermiques sauf en quelques points de la région lombaire où il y a des croûtes analogues à celles du crâne et au voisinage de l'ombilic où il y a une série de petites productions papilliformes, brunâtres, sales, et,

enfin, en arrière des aisselles où les plis cutanés sont particulièrement exagérés.

Membres supérieurs. — Les *creux axillaires* sont occupés par des productions papilliformes, longues de 2 à 3 millimètres, de coloration noirâtre adhérentes et sèches sauf tout à fait au sommet du creux axillaire où elles sont un peu humides; les plis transversaux de flexion sont très accusés, et dans leur profondeur on remarque l'absence de ces productions papilliformes. Sur le bord antérieur de l'aisselle, existent des productions semblables, mais moins dures.

La face interne des *bras*, formant une sorte de placard, est recouverte de productions épidermiques, d'un blanc grisâtre à sa périphérie, brun noirâtre à sa partie centrale, sèches, en forme de quadrilatères irréguliers, de dimension variable, formant une sorte de mosaïque irrégulière, moins épaisses vers la partie postérieure de la face interne, plus épaisses et de coloration moins foncée vers sa partie antérieure, devenant moins larges et plus arrondies lorsqu'on se rapproche de l'aisselle; ces productions se détachent facilement, laissant à nu l'épiderme sec, sillonné de plis profonds et d'apparence un peu papillomateuse.

A la face antérieure du bras, surtout vers sa partie inférieure, l'aspect du tégument est le même que celui de la face interne, mais les productions épidermiques sont moins sales, plus blanches, quoique sèches et épaisses.

Sur les faces externe et postérieure, les productions épidermiques sont moins épaisses et, dans les deux tiers supérieurs, l'épiderme est presque doux au toucher, la peau sillonnée seulement de plis exagérés, mais sans saillies épidermiques.

Sur la partie postérieure du *coude*, le tégument a un aspect papillomateux, dû à un chevelu de productions épidermiques dont chacune a la forme d'une graine allongée, insérée par une de ses extrémités ; c'est à la partie supérieure de la zone papillomateuse, au-dessus du sommet du coude que ces productions atteignent leurs plus grandes dimensions.

A la partie antérieure du coude, l'aspect est le même, surtout accentué au-dessus du pli du coude ; les productions papillomateuses sont disposées manifestement en groupes transversaux dont la direction correspond aux plis de flexion ; le pli du coude lui-même est un peu humide, moins chargé de productions épidermiques que les parties adjacentes.

Lorsqu'on se rapproche de l'avant-bras, les productions épidermiques deviennent plus larges et moins longues ; elles se transforment sur la face antérieure de l'avant-bras en saillies arrondies, sur les bords latéraux en mosaïques de losanges irréguliers plus foncés et moins épais que ceux de la partie interne du bras.

La face externe de l'*avant-bras* offre un aspect analogue à celui de la face externe du bras.

A sa partie inférieure l'avant-bras présente sur toute sa circonférence un aspect velvétique, à grains irréguliers, plus volumineux à mesure qu'on se rapproche du poignet sur la face antérieure et également plus volumineux à la face postérieure qu'à la face antérieure ; cette région, d'apparence velvétique, est de coloration grisâtre.

Sur le dos de la *main*, on retrouve le même aspect velvétique, mais à grains plus fins, et d'autant moins volumineux qu'on se rapproche des doigts ; le tégument à ce niveau ressemble beaucoup à la peau de chien de mer employée en ébénisterie pour polir le bois, elle en a à la fois le grain et la couleur, mais n'en a pas la rudesse, car malgré son aspect de râpe elle est relativement douce au toucher.

Le dos des doigts présente également un aspect velvétique, avec coloration gris noirâtre ; mais les grains sont plus larges et plus aplatis que sur le dos de la main. Leurs faces latérales ont la coloration normale de a peau et on y voit des saillies plus larges, moins fermes et plus espacées que sur la face dorsale. Les ongles sont lisses à leur surface, mais au-dessous de leur bord libre, leur tissu est friable, présentant une apparence se rapprochant de celle de la moelle de sureau.

La paume des mains est sèche, présente peu de squames, mais offre un aspect criblé tout spécial, comme s'il s'y était creusé une foule de petites dépressions cupuliformes, semblables à celles que produirait une très mince tête d'épingle enfoncée dans de la cire. Les grands plis normaux de la paume des mains sont très marqués et à leur niveau on ne voit plus ces dépressions cupuliformes.

Organes génitaux. — Pas de poils à la région pubienne.

Les organes génitaux sont infantiles, le pénis est invaginé à sa base dans la partie supérieure du scrotum.

Le *pénis* est presque complètement recouvert de productions épidermiques d'aspect papillomateux, sèches, fines comme celles des coudes ou plus larges, de coloration brun noirâtre, sur sa partie supérieure et ses faces latérales, moins épaisses et moins sèches sur sa face inférieure.

Le *scrotum* présente une grande quantité de productions semblables, sèches, brun noirâtre, dans sa portion sus-pénienne et sur les parties latérales de sa face antérieure.

Dans la portion où le pénis vient s'appliquer sur lui, il est gris, l'épiderme légèrement macéré.

Sur les parties latérales, dans les points en contact avec la face interne des cuisses, l'humidité est plus considérable, il y a une sécrétion séreuse légèrement purulente, fortement adhérente, et par places l'épiderme semble avoir disparu, laissant une coloration rosée. Cet aspect est d'autant plus marqué qu'on se rapproche du fond du pli génito-crural, où on voit deux larges plis saillants, d'apparence papillomateuse, ressemblant aux papillomes dits vénériens (crêtes de coq), recouverts de saillies rosées ou grisâtres.

Les plis normaux du scrotum sont fortement accusés.

Pas de phimosis. La face interne du prépuce et du gland sont sensiblement normales, offrant seulement quelques dépressions linéaires, plis à disposition polygonale, rappelant de loin l'aspect de la muqueuse buccale.

Les productions épidermiques s'arrêtent brusquement sur le bord libre du prépuce.

Membres inférieurs. — Sur les *cuisses*. Les plis cutanés sont très for-

tement exagérés et forment une sorte de quadrillage irrégulier. Sur la face interne, ce quadrillage divise des plaques épidermiques grisâtres, assez épaisses, que l'on ne retrouve plus sur les faces antérieure et postérieure, mais dont on trouve quelques vestiges en quelques points de la face externe.

Sur les *fesses*, l'épiderme est épaissi, mais ne présente de productions grises que sur la partie interne des fesses, dans la partie supérieure du sillon interfessier où elles sont particulièrement développées et sur la partie inférieure des fesses, à leur union avec les cuisses.

Au *creux poplité*, l'épiderme est épaissi, les plis normaux transversaux très exagérés, mais il n'existe pas de productions épidermiques grises et épaisses à la partie moyenne de ce creux. On n'en voit que, d'une part, une bande verticalement allongée à la partie interne, formée de productions grises papilliformes à base d'implantation étroite, semblables à celles des aisselles et des coudes et, d'autre part, à la partie externe, des plaques grises, assez épaisses, séparées en plaques polygonales par des sillons profonds, larges de 1 millimètre environ; cette plaque se continûe avec celle de la partie externe du mollet.

La partie antérieure des *genoux* est couverte, sur l'étendue de la paume de la main au moins, de productions papilliformes gris noirâtre, analogues à celle des coudes et de la partie interne du creux poplité, mais plus minces et moins dures, donnant à la région un aspect velvétique.

Sur toute leur surface, les plis des *jambes* sont exagérés, on voit un grand nombre de sillons entre-croisés à angles divers et circonscrivant des espaces irrégulièrement polygonaux, au niveau desquels la peau est simplement sèche ou couverte de productions épidermiques, les unes peu épaisses et de coloration blanc grisâtre, les autres plus épaisses, formant des plaques gris noirâtre; ces dernières peu nombreuses et disposées surtout à la partie externe du mollet.

La face dorsale des *pieds*, outre l'exagération des grands plis, offre un aspect velvétique, beaucoup plus accusé que le dos des mains, dû à la présence de productions de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, fermes, les unes papilliformes, les autres plus larges et polygonales, de coloration gris noirâtre, arrivant toutes au même niveau de façon à former par leur ensemble une surface à peu près régulièrement plane, mais sillonnée par les dépressions qui séparent les productions élémentaires; cet aspect est surtout marqué sur la partie interne du pied, tandis que les parties externe et moyenne sont recouvertes de saillies moins régulièrement planes à leur surface libre et plutôt arrondies, rappelant plus particulièrement l'aspect de la peau de chagrin.

Le dos des orteils est recouvert de productions cornées, gris noirâtre, analogues à celles du dos des pieds, mais à surface libre et arrondie donne à leur ensemble un aspect chagriné plutôt que velvétique. Sur les faces latérales des orteils, la peau a un aspect sensiblement normal.

Leurs extrémités libres sont recouvertes de saillies aplaties, à surface libre arrondie, d'apparence papuleuse.

Les ongles sont épais, offrant à leur extrémité l'aspect moelle de sureau.

La plante des pieds est sèche, l'épiderme y est épaissi, la surface est

irrégulière, parsemée de petites saillies arrondies, de coloration blanc jaunâtre, formées d'épiderme simplement épaissi sans coloration étrangère et rappelant tout à fait l'aspect de la paume des mains.

Cavité buccale. — La *muqueuse linguale* est de coloration normale, tirant cependant un peu sur le gris à la base des papilles ; on y voit des sillons assez superficiels, la plupart allongés dans le sens antéro-postérieur, largement espacés et représentant à un très léger degré l'aspect dit scrotal ; les papilles fungiformes sont légèrement hypertrophiées et saillantes.

La muqueuse des *joues*, dans toute son étendue et toute sa hauteur offre une légère teinte opaline et est sillonnée de dépressions linéaires, plus prononcées que celles de la langue, le plus grand nombre disposées dans le sens antéro-postérieur, quelques-unes entre-croisées au voisinage de la commissure labiale où elles sont plus nombreuses, et représentant assez nettement l'aspect scrotal.

Sur les *gencives*, la muqueuse a sa coloration normale, sans sillons. Il en est de même des lèvres.

Sur le bord libre des *lèvres*, la muqueuse a un aspect grisâtre et des sillons antéro-postérieurs assez prononcés.

L'examen de la **muqueuse des voies respiratoires supérieures** a été fait par M. le Dr Lubet-Barbon qui a bien voulu me remettre la note suivante :

« *Fosses nasales.* — A gauche et sur la cloison, rougeur très considérable, avec piqueté sanguinolent, aspect quadrillé de la muqueuse avec des sillons peu profonds, s'étendant sur toute la région de la sous-cloison, rien d'anormal sur la muqueuse des cornets inférieurs.

A gauche, catarrhe hypertrophique du cornet, sécheresse de la cloison mais pas de piqueté ni d'aspect quadrillé.

Pharynx nasal. — Rien d'anormal, sauf une rougeur très intense de la partie supérieure du voile du palais et postérieure de la luette. *L'épiglotte* est très rouge, comme desquamée, on ne trouve rien d'anormal dans le pharynx. »

Du côté de l'**appareil oculaire**, on constate d'importantes lésions que M. le Dr Trousseau a bien voulu examiner et dont il a consigné les caractères dans la note suivante :

« Il existe sur la partie centrale des 2 cornées, occupant environ le 1/4 de la membrane, une infiltration grisâtre superficielle, plus étendue en largeur qu'en hauteur, parsemée de très fins vaisseaux. Les parties supérieure et inférieure de la cornée restent transparentes mais sont sillonnées par des vaisseaux plus gros qui se rendent aux bords des surfaces infiltrées. Il existe un blépharospasme assez marqué de l'injection conjonctivale, du larmoiement.

Les paupières retournées montrent quelques follicules développés sur la conjonctive mais ce ne sont pas de vraies granulations.

Cette kératite, qu'on pourrait appeler superficielle vasculaire, semble donc tenir ou à l'état général du malade ou être un phénomène analogue à celui qu'on observe du côté du tégument. Le siège exclusivement central

de la kératite, l'intégrité du segment supérieur de la cornée, excluent l'idée d'une kératite d'origine granuleuse. »

L'enfant, à la façon des sujets atteints de cataracte centrale, voit assez bien à l'ombre. Il a été soumis depuis quelques jours aux applications de compresses d'eau boriquée chaude et de pommade à l'oxyde jaune de mercure. Ce traitement est resté sans effet sur les lésions cornéennes.

Le diagnostic d'ichthyose ne semble faire aucun doute : le début des lésions dès la première enfance, leur persistance, leur généralisation, leur symétrie, leurs caractères morphologiques montrent bien que cette kératose est une ichthyose vraie et non un de ces états ichthyosiques si fréquemment confondus à tort avec elle.

Cette observation présente une série de particularités importantes, qui méritent d'être mises en relief.

D'abord le polymorphisme des lésions cutanées qui sont constituées par places uniquement par une sécheresse du tégument avec épaississement de l'épiderme, et exagération des plis normaux en d'autres points par des productions épaisses, écailleuses, rappelant plus ou moins l'aspect de la peau des pachydermes et répondant à la variété d'ichthyose décrite par les auteurs anglais sous le nom de *sauridermie*, tandis que d'autres régions sont le siège de productions plus épaisses, moins larges, ayant l'aspect de papilles hypertrophiées et donnant par leur ensemble à la peau l'aspect d'un velours grossier, ou d'une râpe à grains inégaux, et qui constituent une forme atténuée de l'ichthyose hystrix. En résumé, les diverses variétés morphologiques de l'ichthyose se trouvent ici réunies, à l'exception des variétés à squames minces et brillantes connues sous le nom d'ichthyose nacrée. Ce polymorphisme, qui est d'ailleurs de règle dans les cas très accusés où les productions épidermiques atteignent un certain développement en épaisseur, est certainement plus accusé ici que dans la plupart des cas.

Une autre particularité digne d'intérêt est la topographie de ces lésions, non pas leur symétrie qui est la règle absolue dans l'ichthyose, mais le siège des altérations les plus accusées, les plus grossières pour ainsi dire, au niveau des plis articulaires, aux aisselles, aux coudes, aux creux poplités, sans compter les plis génito-cruraux où la macération a modifié des altérations très considérables. Ces régions sont, dans la majorité des cas d'ichthyose, plus ou moins complètement respectées ; dans l'ichthyose nacrée, il est de règle absolue que l'épiderme y conserve son aspect normal et que les sécrétions épidermiques s'y fassent avec une certaine abondance. Ce cas rentre donc, au point de vue topographique, dans un groupe, que mon maître, M. Ernest Besnier, désigne sous le nom d'ichthyoses paratypiques pour indiquer le siège des lésions dans des points respectés classiquement par l'ichthyose.

Il est d'ailleurs à noter que, dans les cas d'ichthyose paratypique, les lésions présentent leur maximum précisément sur les régions qui sont respectées dans les formes légères.

Les modifications des phanères sont également intéressantes dans ce cas. D'une part, l'état des ongles dont la surface libre est lisse, régulière et normale, tandis que les couches profondes sont augmentées d'épaisseur, et présentent l'état de moelle de jonc qui est si fréquent dans les onychopathies qu'on ne peut le considérer comme caractéristique d'aucune d'elles; cette altération unguéale n'a pas été, jusqu'ici, signalée dans l'ichthyose; il n'y a cependant rien d'étonnant à ce qu'on la rencontre dans une lésion qui porte si profondément atteinte à la nutrition du surtout épidermique.

D'autre part, le système pileux présente chez cet enfant des modifications considérables. Il est ordinaire que, chez les ichthyosiques, les sourcils soient peu fournis, qu'ils manquent même plus ou moins complètement à leur partie externe; mais de là à l'absence presque complète, il y a une distance très considérable; de même, les cils sont ordinairement peu nombreux, mais non presque absents comme ici. Enfin, du côté du cuir chevelu, on note ordinairement que les cheveux sont peu épais, plutôt diminués de nombre, mais les observations ne font pas mention d'une alopécie presque complète, comme celle de notre sujet; par contre, on connaît, sinon dans l'ichthyose, du moins dans une dermatose qui s'en rapproche singulièrement, si même elle ne se confond pas avec elle, la xérodermie pilaire ou kératose pilaire, une malnutrition particulière des poils caractérisée par un état annelé ou moniliforme de ceux-ci (1) : au premier abord, on pourrait croire que, chez notre jeune malade, semblable état existe au niveau des rares cheveux décolorés qui garnissent son crâne, mais un examen plus attentif montre que les poils sont simplement contournés et que leur calibre est régulier.

Les sécrétions cutanées sont profondément altérées chez cet enfant : la sécrétion sudorale est complètement abolie, ce qui n'est que l'exagération de sa diminution habituelle chez les ichthyosiques; la sécrétion sébacée est également modifiée et en certaines régions, au cuir chevelu en particulier, elle est concrétée en productions séborrhéiques, particulièrement épaisses et étendues; la séborrhée n'est d'ailleurs pas fréquemment associée à l'ichthyose, bien que les auteurs la signalent à peine.

(1) HALLOPEAU et LEFEBVRE. Sur une aplasie moniliforme des cheveux. *Bullet. Soc. franç. de dermat.*, 12 avril 1890, p. 78.

HALLOPEAU. Sur l'aplasie moniliforme des cheveux et des poils, sa transmission héréditaire, sa nature, sa généralisation et ses rapports avec la kératose pilaire *Idem.*, 8 mai 1890, p. 111.

W. BEATTY and A. SCOTT. Moniliform hairs (monilet rhix). *Brit. Journ. of Dermat.*, juin 1892.

Les modifications des muqueuses sont plus intéressantes encore et surtout plus inattendues que celles du tégument externe. L'étude des faits publiés par les auteurs et l'examen attentif, dirigé spécialement vers ce point, d'un assez grand nombre de malades atteints d'ichthyose m'avaient permis d'écrire (1) que les muqueuses sont absolument respectées dans cette dermatose ; les faits que j'ai pu consulter ou observer depuis cette époque n'avaient pas modifié cette opinion. Le fait actuel vient, par contre, la démentir absolument. Il n'est guère possible d'admettre une coïncidence fortuite entre les altérations des muqueuses nasale et buccale et celles du revêtement cutané : sur la langue, sur les joues, sur la cloison des fosses nasales comme sur la peau, la couche superficielle ou épidermique de la membrane de revêtement est épaissie, à un moindre degré cependant sur les muqueuses que sur la peau ; sur les unes comme sur l'autre, il y a des plis, des sillons ou des dépressions, comme si la membrane était non seulement épaissie mais encore trop large pour s'adapter aux tissus qu'elle recouvre ; l'étendue même de ces modifications est une preuve qu'elles ne tiennent pas à quelque cause locale ou accidentelle, mais dépendent d'une cause plus générale et qu'elles peuvent être mises sur le compte de la malformation ectodermique qui constitue l'ichthyose. Ce fait a donc un intérêt indéniable au point de vue de la conception générale de l'ichthyose : il vient apporter la preuve de l'existence d'altérations des muqueuses dans cette difformité cutanée (2).

Un dernier point non moins intéressant est la présence de lésions cornéennes. Ainsi que le fait remarquer M. Trousseau dans la note qu'il a bien voulu me remettre, ces lésions ne présentent pas les caractères de la kératite engendrée par les granulations conjonctivales. L'échec du traitement habituel de la kératite granuleuse vient encore prouver que les lésions reconnaissent une autre étiologie. Elles diffèrent également de la kératite hérédo-syphilitique ; dans celle-ci, les lésions ont, il est vrai, leur maximum d'intensité sur les parties centrales de la cornée, mais les couches profondes de la cornée sont plus atteintes, et outre les taches étendues, on constate de petites opacités punctiformes. En outre, l'enfant ne présente aucune

(1) G. THIBIERGE. Article *Ichthyose. Dictionn. encycl. des Sciences médic.*, 5e série t. XV, p. 570.

(2) Il n'en reste pas moins vrai que les faits auxquels les auteurs anglais ont jusqu'ici donné le nom d'ichthyose linguale ne rentrent pas dans le cadre de l'ichthyose ; ils constituent, comme on sait, une variété de psoriasis buccal de Bazin et Debove de la leucoplasie ou leukokératose buccale. Quant au fait de Church (*St Barthol. hosp. Reports*, 1865, p. 198) où la moitié gauche de la langue était ainsi que la joue gauche et la moitié gauche du voile du palais le siège de productions papilliformes d'un blanc jaunâtre, il s'agit d'un nævus verruqueux de la muqueuse buccale coïncidant avec un nævus verruqueux ichthyosiforme limité à quelques régions de la moitié gauche du tégument externe, mais non d'une ichthyose.

autre tare hérédo-syphilitique ; les dents sont bien conformées, l'ouïe ne présente aucun trouble, et on ne trouve, ni du côté de la peau, ni du côté du système osseux, ni du côté des testicules, aucune des lésions sur lesquelles peut se baser le diagnostic rétrospectif de l'hérédo-syphilis ; quant aux antécédents héréditaires, bien qu'ils n'aient pu être recueillis avec toute la rigueur désirable, ce que nous en connaissons ne peut pas faire supposer que cet enfant ait reçu la syphilis de ses parents. Force est donc de mettre les lésions oculaires sur le compte de la même cause que les lésions cutanées, d'en faire une manifestation de l'ichthyose, ou de les attribuer à l'état général de malnutrition, plutôt que de dégénérescence à proprement parler du sujet ; en l'absence de faits semblables, ou tout au moins comparables, il n'est pas possible de sortir de cette alternative ; la présence de ces lésions dans le cas actuel n'en est pas moins remarquable et ne contribue pas peu à augmenter l'intérêt que lui donnent les diverses particularités relevées plus haut.

M. E. Besnier. — On a pu remarquer qu'il existait sur la peau des phénomènes inflammatoires chez cet enfant : c'est qu'il vient d'avoir un intertrigo suppuré du pli de l'aine suivi de quelques lésions d'auto-inoculation.

Quand on aura vu sa langue on ne sera plus surpris que certains auteurs anglais se soient servis du mot *ichthyose linguale*.

Le point le plus intéressant ici est la forme particulière de kératite qu'il présente et qui est probablement du même ordre que les lésions cutanées.

Je rappelle que j'ai vu en 1883 chez un adulte un cas plus extraordinaire encore dont je vous présente le moulage.

Or, cet homme est sorti avec une peau presque normale.

Dans l'ichthyose ordinaire les aisselles restent indemnes. Il n'en est pas de même dans l'ichthyose hyperkératosique comme celle-ci.

M. A. Fournier. — Je suis frappé de la ressemblance presque absolue que présente cette kératite avec celle d'Hutchinson. Ici la cornée est *ternie* absolument comme chez les hérédo-syphilitiques.

Cette variété de kératite s'observe chez les *dégénérés*, et cet enfant paraît en être un.

M. Thibierge. — Je ferai l'enquête au sujet de l'hérédo-syphilis, mais je dois faire remarquer que l'altération cornéenne est la seule ici qui puisse être mise sur le compte de la syphilis héréditaire.

Sur un cas de dysidrose du nez.

Par H. Hallopeau.

L'affection qui a été décrite en 1873 par Tilbury Fox sous le nom de dysidrosis siège le plus habituellement aux extrémités : dans deux

cas seulement appartenant, le premier à Jackson (1886) le second à Rosenthal (1887), elle a été indiquée comme occupant la face ; la malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est la première, à notre connaissance, chez laquelle cette éruption ait été limitée au nez ; elle y coïncide avec des troubles de la sécrétion sudorale qui nous paraissent avoir une importance capitale au point de vue de sa pathogénie.

La nommée M..., âgée de 37 ans, fait remonter à son enfance l'affection dont elle est atteinte ; elle se manifeste chaque fois que la malade se trouve exposée à la chaleur ; pendant l'été, les vésicules se reproduisent tous les deux ou trois jours ; elles sont plus abondantes et plus développées aux époques menstruelles ; les émotions ont également sur elles une influence marquée.

L'éruption est constamment limitée au lobule, aux ailes et au dos du nez ; elle est constituée par des vésicules persistantes dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un petit pois ; elles sont discrètes ou disposées en groupes irrégulièrement circulaires ; les veines de la région atteinte sont dilatées, mais il n'y a pas, au moment de notre examen, bien que l'éruption soit en pleine activité, de rougeur appréciable des téguments ; l'éruption s'accompagne de sensations pénibles de tension et de cuisson, mais non de prurit. Concurremment avec ces vésicules, on voit poindre dans les parties qu'elles occupent, et nullement ailleurs, des gouttelettes de sueur : la malade a remarqué qu'il en est constamment ainsi et elle nous fait constater que chez son enfant, âgé de 2 ans et demi, il se produit également une sudation limitée aux ailes du nez : il y a donc là une prédisposition héréditaire ; ce fait est en rapport avec des observations personnelles dans lesquelles nous avons vu la dysidrose se produire concurremment, chez plusieurs membres d'une même famille, dans les mêmes régions.

La malade assure que, chez elle, les vésicules ne se rompent jamais spontanément : elles se dessèchent et laissent à leur suite une macule brunâtre qui disparaît au bout de quelques jours.

Le diagnostic, dans ce cas, ne peut faire l'objet d'un doute : la persistance des vésicules, leur dessèchement sans ouverture préalable, l'absence de croûtes, la coloration normale des parties voisines, et le défaut de prurit montrent clairement qu'il ne s'agit pas d'un eczéma : il y a là un type clinique nettement différencié.

Conformément à la théorie de Tilbury Fox qui rattache cette maladie à des troubles dans la sécrétion sudorale, ces troubles existent de la manière la plus manifeste chez notre malade, et leur limitation exacte à la région circonscrite où se localise l'éruption conduit à établir entre les deux ordres de phénomènes une relation de cause à effet.

Cette constatation n'est pas sans importance alors que Santi, Robinson et Williams nient tout rapport entre les vésicules dysidrosiques et les conduits sudoripares ; le travail de Williams paraît à cet égard tout particulièrement démonstratif, car cet auteur n'a pas pratiqué moins de 118 coupes en série sur lesquelles il a reconnu l'absence de connexions entre les vésicules et les conduits sudoripares ; il est vrai que les observations de Tilbury Fox n'étaient pas moins démonstratives en sens inverse : en présence d'assertions aussi contradictoires, nous sommes portés à croire que ces auteurs n'ont pas étudié à ce point de vue des faits de même nature, que la maladie étudiée par Williams différait de celle qu'a décrite Tilbury Fox ; il est possible que l'eczéma, en raison de l'épaisseur que l'épiderme atteint aux extrémités digitales, s'y traduise par la production de vésicules persistantes et simule ainsi la dysidrose ; ainsi se trouverait confirmée l'opinion de M. Hardy qui, sans nier la légitimité du type décrit par Tilbury Fox, rattache le plus souvent à son eczéma vésiculeux manualis les éruptions décrites sous ce nom ; nos observations sont à cet égard pleinement d'accord avec celles de notre très honoré maître.

La localisation que présentent constamment chez notre malade les éruptions dysidrosiques montrent que la dénomination de cheiropompholix appliquée par Jackson à cette affection n'est nullement acceptable. Nous ferons remarquer, en terminant, que notre malade, malgré les troubles si marqués qu'elle présente dans la sécrétion sudorale, n'est pas atteinte d'eczéma séborrhéique : c'est une nouvelle preuve en faveur de l'opinion qui rattache cette forme d'eczéma à un trouble dans les fonctions des glandes sébacées bien plutôt que des glandes sudoripares.

M. E. Vidal. — Ce cas est fort intéressant ; on voit très bien ici les petits kystes sudorifères du nez. Je remarque que la peau du nez n'est pas grasse, huileuse comme dans la séborrhée. C'est de la dysidrose simple, sans séborrhée, ce qui n'est pas très conforme à l'opinion d'Unna.

Bacille pathogène du chancre mou.

Par M. Pusey (de New-York).

M. Unna a récemment découvert un bacille qu'il considère comme l'agent pathogène du chancre mou, et m'a demandé de vous présenter ses préparations.

Les bacilles en question ont tous la forme de chaînettes. Il y a ordinairement dans ces chaînettes, deux, trois, quatre ou cinq de ces bacilles, mais souvent davantage.

Quand les bacilles sont nombreux, les chaînettes prennent des formes variées, soit parallèles, soit disposées en branches, et quelquefois aussi, elles sont enroulées sur elles-mêmes. C'est dans les tissus ulcérés qu'on les trouve en plus grand nombre. On en voit aussi entre les cellules des tissus environnants.

Dans les préparations que je vous présente on rencontre partout ces bacilles.

On les isole par un procédé spécial de coloration par le bleu de méthylène et décoloration par le styrone ou éther de glycérine dilué. Ce sont les seuls que l'on rencontre. Il faut ajouter que ce même bacille a été trouvé par Unna dans tous les chancres mous qu'il a examinés jusqu'ici.

En résumé, les raisons qui font croire à M. Unna que ce bacille est bien le parasite pathogène du chancre mou, sont :

1° Sa profusion ;

2° L'absence d'autres micro-organismes dans la profondeur du tissu ;

3° Son mode spécial de distribution rendant compte exactement de la variété d'ulcération qui caractérise le chancre mou ;

4° Son mode tout particulier de développement que l'on n'a constaté jusqu'ici dans aucune autre espèce de micro-organismes ;

5° Son identité dans tous les chancres mous typiques et récents qui ont été soumis à ses investigations.

Peut-être est-ce le même organisme que le bacille trouvé par Ducrey dans le liquide chancreux.

Note additionnelle de M. le Dr Unna.

J'ai réussi à démontrer le bacille du chancre mou dans cinq cas successifs par une méthode très simple (coloration par le bleu de méthylène et décoloration par le styrone ou éther de glycérine dilué). Je suis convaincu que c'est le bacille vrai :

1° Parce que je l'ai trouvé dans tous mes cas purs que j'ai excisés moi-même ;

2° Parce que je le trouve dans le tissu seul sans le concours d'autres microbes ;

3° Parce qu'il est distribué dans le tissu, d'une manière toute spéciale et très bien accommodée aux autres symptômes histologiques et cliniques du chancre mou ;

4° Parce que je ne le trouve pas dans les ulcères simples ni dans la sclérose initiale.

Le bacille est présent en chaînettes courtes ou longues, tordues d'une manière spéciale dans les espaces lymphatiques, mais non dans les cellules migratrices. C'est un *strepto-bacillus*. Peut-être est-il identique avec celui de Ducrey du *liquide chancreux*.

M. Hallopeau. — M. Ducrey a en effet décrit, en 1889, dans le chancre mou, un microbe particulier qu'il considère comme la cause prochaine de cette affection : les arguments qu'il invoque à l'appui de sa manière de voir ont une valeur incontestable : il inocule, avec les précautions antiseptiques, le pus de chancres simples à des séries de 5 ou 6 sujets ; or, tandis que celui des premières inoculations renferme de nombreux microbes, on n'en trouve plus qu'un seul dans les dernières ; il est constitué par de courts et gros bacilles, à extrémité arrondie, présentant le plus souvent une entaille latérale, isolés et disposés en chaînettes ; on n'a pu jusqu'ici le cultiver dans aucun des milieux employés dans les laboratoires, mais les inoculations successives ne peuvent-elles être considérées comme équivalant à des cultures ? Le bacille trouvé par M. Unna présentant cette même particularité qu'il ne peut être cultivé et qu'il se dispose en chaînettes, n'y a-t-il pas lieu de croire qu'il s'agit du microbe qui a été décrit par M. Ducrey ? Quoi qu'il en soit, les faits observés par notre confrère de Naples gardent leur signification ; ils nous paraissent démonstratifs.

Éruption syphilitique généralisée simulant des folliculites.

M. Paul Raymond présente au nom de M. le Dr Barbe un malade atteint d'une éruption généralisée et simulant des folliculites. En examinant ce malade, on reconnaît qu'il est porteur d'une syphilide pigmentaire du cou. Il présente aussi de l'alopécie, une adénopathie généralisée et il accuse des lésions anales antérieures qui semblent avoir été la porte d'entrée de la syphilis si l'on en juge par la pléiade ganglionnaire de la région inguinale externe. Il s'agit en somme d'une modalité de la papule, d'une syphilide papulo pustuleuse. La syphilide pigmentaire du cou a permis de faire le diagnostic d'une lésion qui s'écartait du type ordinaire.

Première blennorrhagie à longue incubation : rhumatisme à l'état latent pendant 24 jours après l'apparition de l'écoulement. Le rhumatisme se déclare brusquement le 25e jour à la fin d'un voyage en chemin de fer.

Par M. Lemonnier, de Flers (Orne).

Le 15 mars, j'étais appelé pour la première fois par M. B..., âgé de 23 ans. Ce jeune homme, né d'un père arthritique et d'une mère bien portante, n'a jamais éprouvé aucune maladie à l'exception d'une rougeole à 12 ans.

Il n'a pas quitté le lit depuis le 10 mars. Il s'est couché le 9 au soir à cause de frissons et d'étourdissements. Le 10 il ressent des douleurs lan-

cinantes assez violentes dans les jambes, les reins, les bras, le cou et tout aussi bien dans les masses musculaires que dans les articulations. Ces douleurs sont plus pénibles que celles d'une forte courbature. Ce qui me frappe beaucoup à ma visite du 15, c'est le facies du malade qui est celui d'un typhique, avec étourdissements lorsqu'il s'assied dans le lit.

Mais la perte d'appétit ne date que du 9 mars, le jour où le malade s'est levé la dernière fois. Je rencontre dans les antécédents des jours précédents une diarrhée qui a duré du 25 février au 5 mars et a cessé avec l'administration d'un peu de bismuth sans que le malade ait éprouvé d'autres symptômes à ce moment : en un mot ni perte d'appétit, ni étourdissements, ni fièvre, ni épistaxis coïncidant avec cette diarrhée. Tous les accidents ont été subits et datent du 9 ou du 10 mars. La température le 15 était de 38°,4 le soir. Rien du côté des viscères (rate, foie, cœur, poumon, rein, etc). Pas de taches lenticulaires.

J'éloignai dès ce moment toute idée de dothiénentérie lorsqu'en examinant le malade je découvris une blennorrhagie.

L'écoulement blennorrhagique a débuté le 8 mars, la veille du jour des premiers frissons, vingt-deux jours après le coït. Une sensation de brûlure dans le canal de l'urèthre avait déterminé le malade à s'observer depuis la veille.

J'ai donné mes soins à ce jeune homme jusqu'au 4 avril. Pris le 10 de douleurs un peu généralisées qui se calmèrent peu de jours après, de frissons, de céphalalgie, d'étourdissements, je constatai une température de 38°,4 le 15 au soir. Cette température ainsi que les symptômes dont j'ai parlé, à l'exception des douleurs, ont persisté jusqu'au 2 avril, c'est-à-dire pendant 23 jours. La température n'est pas descendue au-dessous de 38°,2 et ne s'est pas élevée au-dessus de 38°,5. L'urine examinée à trois reprises différentes n'a jamais présenté de traces d'albumine. Il n'y a pas de symptômes de cystite.

J'ai conseillé au malade un régime composé de lait et de bouillon et comme thérapeutique je me suis contenté de prescrire la limonade alcaline donnée par M. Balzer aux blennorrhagiques du Midi et trois jours par semaine un gr. de sulfate de quinine par cachets de 0,50 centigr.

Deux jours après que la température fût revenue à l'état normal, le malade, n'éprouvant aucun malaise, et n'ayant plus de douleurs ni de courbature depuis longtemps, je permis les aliments solides et sur sa demande je le laissai faire un trajet de 80 kilomètres en train express pour rentrer dans sa famille.

A la fin du voyage le malade était repris de courbature et comme il restait près d'un kilomètre à faire en voiture sur des rues pavées pour traverser la ville et arriver chez lui, il ressentit pendant ce court espace de temps de violentes douleurs dans le genou gauche, des frissons et, me disait la personne qui l'accompagnait, presque du délire. Tous ces accidents se déclaraient dans les dix minutes qu'il passait en voiture. Le rhumatisme blennorrhagique avait élu domicile comme je le constatai alors.

Cette longue incubation de 22 jours, cette diarrhée pendant la période d'incubation, ce rhumatisme qui est resté à l'état latent du 9 mars au 2 avril avec une température de 38°,5 probablement à cause du repos ab-

solu, cet aspect presque typhique, ce rhumatisme blennorrhagique qui se déclare d'une façon si foudroyante sous l'influence d'un voyage aussi rapide et par conséquent à la suite non d'un traumatisme mais plutôt d'un peu de fatigue, m'ont paru intéressants à noter.

Erythème scarlatiniforme dû à l'antipyrine.

Par M. Lemonnier, de Flers (Orne).

Dernièrement un de mes confrères venait me montrer un érythème scarlatiniforme dont il était atteint depuis la veille et me donnait les renseignements qui suivent :

Au mois de janvier 1890, pour la première fois, pendant l'épidémie de grippe, ce confrère prit un gramme d'antipyrine parce qu'il éprouvait les premiers symptôme d'une grippe légère et qu'il désirait continuer ses soins à ses malades. La première atteinte d'érythème date de cette époque. Depuis à trois reprises différentes avec un gramme et deux fois dont la dernière avec 50 centigr. les accidents se sont reproduits. Une migraine à laquelle il est sujet motivait ces prises d'antipyrine.

Ce confrère est âgé de 46 ans actuellement, et est doué d'une bonne constitution, sans antécédents antérieurs méritant d'être signalés. Il n'y a pas trace d'albumine dans les urines en dehors des atteintes d'érythème. L'urine n'a pas été examinée pendant.

Deux heures environ après la prise d'antipyrine apparaît une sensation de tension plutôt que de brûlure à la peau. Cette sensation est très pénible. L'apparition de l'érythème date de ce moment. L'éruption a atteint son maximum au bout de 24 heures et disparaît en partie après 48 heures. Cependant j'ai constaté, après plusieurs mois, une pigmentation encore très accusée à la nuque sur une plaque d'une étendue d'une pièce de un franc environ. Un signe qui mérite d'être signalé, c'est que les points envahis antérieurement le sont toujours à une nouvelle poussée avec de nouveaux en plus.

L'éruption dont j'ai été témoin était caractérisée par des plaques assez rapprochées sur les paupières la nuque, et tout le reste du corps. A l'abdomen et aux cuisses elles variaient de l'étendue d'une pièce de deux francs à une de cinq francs au moins, étaient irrégulièrement rondes, de couleur rouge violacé avec un pointillé plus foncé. Au bout de 36 heures quelques-unes, les premières apparues, commençaient à se desquamer par grandes lamelles comme dans la scarlatine.

La séance est levée.

Le secrétaire

L. Jacquet.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1891.

Le zona chez les enfants.

M. Comby communique des observations sur le zona chez les enfants. Il a constaté que, chez eux, le zona n'est pas douloureux, qu'il est plus fréquent chez les filles que chez les garçons, qu'il siège plus souvent à gauche qu'à droite, qu'il est plus fréquent pendant la belle saison que pendant l'hiver et que le pronostic en est absolument bénin.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1891

Tatouages des piqueurs et rhabilleurs de meules.

MM. Variot et Raoult communiquent des recherches sur les tatouages qu'on observe sur le dos des mains des ouvriers employés à la construction des meules. Dans un cas, ils ont fait l'examen histologique des lésions et ont constaté que la coloration était due à la présence de particules d'oxyde de fer résultant de l'oxydation des fragments d'acier provenant des instruments et ayant pénétré dans le derme; autour de ces corps étrangers, il n'y a aucune trace d'inflammation du tissu dermique.

A la séance du 11 décembre, M. Laboulbène a rappelé que, dans un mémoire non cité par MM. Variot et Raoult, il a établi en 1862 les caractères et la nature de cette variété de tatouages.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1891.

Pigmentation de la muqueuse buccale dans la mélanodermie des phthiriasiques.

M. G. Thibierge présente deux malades atteints de phthiriase avec mélanodermie, sur la muqueuse buccale desquels on constate la présence de taches brunes, occupant la face interne des joues et le voile du palais. Il s'agit de deux hommes de 59 ans et de 70 ans, offrant tous les caractères de la « maladie des vagabonds » de Vogt et de Greenhow, et ne présentant aucun des symptômes généraux et abdominaux de la maladie d'Addison. Ces faits, rapprochés de ceux analogues cités par Greenhow et par M. Ernest Besnier, prouvent que la pigmentation de la muqueuse buccale n'a pas la valeur pathognomonique qu'on lui accorde pour le diagnostic de la cachexie surrénale.

M. Chauffard a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un malade, profondément misérable et cachectique, tuberculeux, atteint de phthiriase et présentant des plaques pigmentées de la muqueuse buccale; les capsules surrénales étaient intactes.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1892

Purpura et érythème papulo-noueux au cours d'une amygdalite à streptocoques.

MM. P. Le Gendre et P. Claisse communiquent l'observation d'une femme de 33 ans, atteinte d'une angine aiguë, avec malaise général et quelques vagues douleurs articulaires, au 3e jour de laquelle apparurent, sur les membres inférieurs et sur la portion sous-ombilicale de l'abdomen, des taches de purpura; l'amygdalite d'abord cryptique, puis pultacée, enfin ulcéreuse, dura 3 semaines ; les éruptions de purpura se reproduisirent à plusieurs reprises et s'accompagnèrent d'éléments érythémateux papuleux, légèrement saillants et durs sur les membres supérieurs et inférieurs et de plaques plus volumineuses et plus dures se rapprochant de l'érythème noueux, au devant des tibias. Avec le contenu d'une des cryptes amygdaliennes, on obtint une culture presque pure de streptocoque et, en outre, un petit nombre de bacilles de deux variétés qui n'ont pu être déterminées. L'examen du sang obtenu par scarification au niveau de taches purpuriques récentes a été négatif au point de vue de la présence de micro-organismes, les cultures et les injections intra-veineuses de ce liquide au lapin n'ont également donné aucun résultat. Les auteurs font remarquer que l'absence de micro-organismes au niveau des taches purpuriques ne résulte pas nécessairement du résultat négatif de ces recherches et que, si ces organismes y font réellement défaut, la relation entre l'angine à streptocoques et les lésions cutanées peut être établie par l'intermédiaire des toxines sécrétées par ces microbes, car les recherches de Charrin et Ruffer ont prouvé que les injections intra-veineuses et sous-cutanées des produits du bacille pyocyanique peuvent déterminer des hémorrhagies.

Georges Thibierge.

ACADÉMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1891

Sur une phthiriase du cuir chevelu causée, chez un enfant de 5 mois, par le « phthirius inguinalis ».

M. Trouessart communique l'observation d'un enfant de 5 mois, appartenant à des parents riches, chez lequel on constata 15 jours après l'arrivée d'une nourrice la présence d'un pou sur la tête. Bientôt tout le bord libre des paupières fut garni de lentes solidement collées aux cils, et sur les cheveux très longs et très fournis de la région occipitale on vit des lentes à leur base ; en même temps il y avait un prurigo de médiocre intensité. Les poux présentaient tous les caractères du phthirius inguinalis et avaient sans doute été transmis par la nourrice qui était une fille-mère bretonne.

Georges Thibierge.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné. — DESTOT. Thromboses des veines ophtalmiques et des sinus caverneux à la suite d'une pustule d'acné de l'aile du nez. (*Province médicale*, 13 juin 1891, p. 283.)

Homme de 46 ans, alcoolique, atteint d'acné rosacée et portant depuis quelque temps sur la narine gauche un bouton d'acné qu'il écorchait fréquemment ; à la suite d'un refroidissement par courant d'air ressenti pendant plusieurs heures, frisson, phénomènes généraux graves, douleur vive dans la face et rougeur intense, puis développement des symptômes de la thrombose des veines ophtalmiques ; mort en 4 jours. A l'autopsie, caillots sanguins, purulents par places, s'étendant depuis le bouton d'acné jusqu'au sinus caverneux droit. GEORGES THIBIERGE.

Acné chéloïdienne. — G. MELLE. Studio clinico, anatomo-patologico e batteriologico sull'acne cheloideo di Bazin. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, juin et décembre 1891, p. 181 et 383).

L'auteur rapporte avec plus ou moins de détails 7 cas inédits d'acné chéloïdienne (6 siégeant à la nuque, 1 siégeant à la région sous-maxillaire) observés dans le service du professeur de Amicis. A propos de ces faits il décrit en détail cette affection.

Se développant le plus souvent chez des adultes, à la suite d'irritations locales, elle occupe ordinairement la nuque ou plus exactement la limite entre la nuque et le cuir chevelu et peut s'étendre de la région occipitale au sommet de la tête ; elle peut aussi occuper le front, le sourcil, la région de l'angle du maxillaire inférieur, le menton, la région sous-hyoïdienne, l'avant-bras. Elle débute par une rougeur de la peau avec de petites saillies correspondant aux follicules pileux et dont quelques-unes sont surmontées d'une pustule ; son début s'accompagne d'une sensation de brûlure et de prurit ; plus tard, se développent de petits nodules de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de mil, d'abord isolés, puis cohérents, saillants et ayant l'aspect de cicatrices ; par places, on trouve à leur voisinage de petites pustules, dont le sommet est occupé par un poil ; en somme, la lésion débute par des papulo-pustules péripilaires et devient ultérieurement plus profonde ; sa marche est progressive.

A l'examen microscopique, on trouve au niveau des lésions au début un épaississement de l'épiderme, avec allongement des papilles, légère infiltration de cellules rondes dans les papilles et dans le derme, où elles sont plus abondantes autour des vaisseaux et en particulier autour des vais-

seaux horizontaux ; en quelques points, les cellules d'infiltration périvasculaire au lieu d'être rondes et lymphoïdes présentent l'aspect épithélioïde. A une période plus avancée, l'infiltration cellulaire du derme et du corps papillaire est plus accentuée. Au niveau des tumeurs chéloïdiennes, l'épiderme est aminci à leur sommet et fait pénétrer dans le derme de larges prolongements interpapillaires à leur base ; le corps papillaire et le derme sont infiltrés d'une grande quantité de cellules rondes ; par places, on trouve des pertes de substance dues à la suppuration des éléments lymphoïdes et renfermant ou non des débris de poils ; vers la profondeur, les nodules d'infiltration sont entourés de faisceaux de tissu conjonctif ; quelques-uns de ces nodules renferment de nombreuses cellules géantes isolées ou groupées en grand nombre, et toujours plus nombreuses au voisinage des organes glandulo-folliculaires, autour desquels l'infiltration est plus régulière ; les follicules pileux et les glandes sébacées sont peu nombreux, réunis en groupes de 2 ou 3, et traversant plus ou moins complètement le tissu morbide ; les glandes sébacées et sudoripares sont souvent dilatées.

Dans les points correspondant aux organes sébacéo-pilaires détruits, on trouve des micrococques et des diplocoques. Les cultures faites avec des fragments pris dans la profondeur des tissus sont restées stériles.

L'auteur conclut de ses recherches que l'acné chéloïdienne est une périfolliculite qui aboutit d'abord à la suppuration et à la destruction de la glande sébacée puis à la suppuration du follicule pileux et consécutivement à la formation d'une chéloïde. GEORGES THIBIERGE.

Asphyxie locale des extrémités. — CH. FÉRÉ. Note sur l'asphyxie locale des extrémités chez les épileptiques et en particulier sur un cas d'asphyxie disséminée. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1891, nº 3, p. 354.)

L'asphyxie des extrémités n'est pas rare chez les épileptiques ; elle augmente sous l'influence du froid et paraît prédisposer aux engelures ; elle s'accompagne, chez quelques malades, d'une tuméfaction générale des doigts et des mains avec épaississement pachydermique de la peau, assez prononcé pour que les mouvements en soient gênés. Rarement cet état asphyxique est plus étendu et remonte jusqu'au coude et à la partie postérieure du bras.

Dans un fait décrit et représenté en photographie, un épileptique âgé de 48 ans présente, outre un état asphyxique des extrémités (doigts, orteils, lobule du nez, extrémités supérieures des oreilles) sur toute la surface du corps, aussi bien sur les membres que sur la partie antérieure et sur la partie postérieure du tronc, sur les fesses, une marbrure de plaques violacées moins foncées que sur le lobule du nez et sur les doigts, mais tranchant nettement sur la coloration blanche du reste de la peau ; cette coloration s'efface par la pression ; sur les parties cyanosées, la sensibilité est notablement plus faible que sur les parties saines ; il y a une différence de température d'environ 1° entre les parties cyanosées et les parties saines. L'épilepsie et l'asphyxie paraissant s'être développées à

peu près à la même époque et présentant l'une et l'autre une prédominance marquée dans les saisons froides, il est permis d'établir une relation d'origine entre ces deux ordres de troubles et cette coïncidence mérite d'être rapprochée de ce fait signalé par Ritti, que dans la folie circulaire les troubles circulatoires peuvent se manifester exclusivement dans la période dépressive. GEORGES THIBIERGE.

Eczéma. — BROCQ. Étiologie des eczémas. (*Semaine médicale*, n° 58, p. 474, 1891.)

Depuis l'époque où F. Hebra affirmait que l'eczéma était une maladie purement locale, la science a marché ; aujourd'hui la doctrine des diathèses, des troubles de nutrition tend à s'établir sur des bases de plus en plus sérieuses, l'existence indiscutée de dermatoses d'origine médicamenteuse ou alimentaire, de dermatoses d'origine infectieuse, prouve que les intoxications du sang de quelque nature qu'elles soient peuvent produire des éruptions. Cependant la question de l'étiologie des eczémas est encore insoluble. M. Brocq avant toute discussion de cette question établit que l'on doit séparer de l'eczéma vrai : 1° les lésions cutanées d'apparence eczémateuse causées par des irritants divers, par les parasites (poux, acares...), ce ne sont là que des dermites traumatiques ; 2° l'impétigo ; 3° la dysidrose ; 4° le lichen simple chronique de M. Vidal.

Malgré ces éliminations, le groupe morbide auquel on donne le nom d'eczéma est loin d'être nettement défini, c'est un groupe non homogène comprenant diverses entités morbides probablement distinctes. Aussi M. Brocq pense-t-il qu'il faut, jusqu'à plus ample informé, entendre sous le nom d'eczémas, des dermatoses d'origine en *apparence* spontanée ou développées à la suite d'une cause occasionnelle à elle seule insuffisante pour déterminer l'éruption et objectivement caractérisées par de la dermite plus ou moins accentuée, c'est-à-dire par de la rougeur, de l'infiltration, parfois par de la vésiculation, de l'exhalation d'un liquide séreux empesant le linge, enfin par de la desquamation de l'épiderme.

Dans quelles conditions ces dermatoses peuvent-elles se développer ? M. Brocq, après avoir méthodiquement exposé et discuté les arguments des auteurs qui considèrent les eczémas soit comme une manifestation externe d'un état général, soit comme une maladie purement locale, résume en quelques propositions la question de l'étiologie des eczémas.

D'après l'analyse des faits cliniques, il semble qu'il y ait des cas rangés jusqu'ici dans le groupe eczéma, qui dépendent de ce que l'on appelle en France un état diathésique héréditaire ou acquis, de troubles vasomoteurs, d'influences s'exerçant par l'intermédiaire du système nerveux, d'intoxications de l'économie venant du dehors soit par ingesta, soit par germe morbide ; qu'il en est d'autres au contraire dans lesquels la physionomie de l'affection (certaines variétés d'eczéma nummulaire d'eczémas séborrhéiques) est celle d'une lésion locale. Il est probable que le plus souvent la pathogénie de ces dermatoses est complexe.

La conception récente d'Unna de l'eczéma parasitaire est celle qui permet le mieux d'expliquer la généralité des cas. En faisant intervenir la

question du terrain, elle permet de comprendre pourquoi l'eczéma se développe de préférence chez certaines constitutions, pourquoi en modifiant le régime alimentaire, en favorisant les échanges nutritifs, on peut parfois amener la disparition de la dermatose, car on rend ainsi le terrain impropre à la germination du parasite. En faisant intervenir la théorie de la révulsion, elle permet jusqu'à un certain point d'expliquer comment il est possible qu'une lésion cutanée d'origine externe remplace parfois diverses manifestations viscérales. Elle permet enfin de concevoir l'importance et les succès de la médication locale. Il est néanmoins fort difficile d'expliquer par cette hypothèse tous les cas groupés sous le nom d'eczémas, et, en particulier ceux qui sont très rebelles, de véritables noli me tangere au point de vue de la médication topique. Pour arriver à comprendre ces types morbides, il faut mettre en première ligne l'influence du terrain, de la diathèse.

Le développement des eczémas d'origine externe peut se faire soit par un traumatisme des téguments soit par l'inoculation de germes pathogènes sur un terrain prédisposé. L'eczéma artificiel des Allemands n'est pas un eczéma mais une dermite traumatique dont la genèse est claire et la guérison rapide lorsque la cause cesse d'agir. Mais lorsque l'irritation physique, mécanique ou chimique se produit chez des individus en imminence morbide d'eczéma, elle peut être la cause occasionnelle d'une véritable éruption d'eczéma, dans ces cas encore on est obligé de faire jouer aux causes internes un rôle majeur.

Quant au parasite pathogène, s'il existe, il sera nécessaire de savoir s'il se trouve à l'état normal sur la peau, c'est-à-dire, si c'est un parasite banal qui devient offensif dans certains cas particuliers, ce qui est probable, ou bien si c'est un parasite accidentel. Ce point aura une importance pratique capitale, puisque de sa solution dépendra la question de la contagion ou de la transmissibilité des eczémas parasitaires. L. Perrin.

Eczéma. — Enrique Slocker. Tratamiento del eczema. (*Cronica medica*, Valence, 1892, p. 5.)

Dans l'eczéma aigu, l'auteur recommande les applications de gaze imbibée d'eau de son, de guimauve, de camomille, de sureau, etc. L'eau de son est très efficace ; on y ajoute une ou deux cuillerées à bouche d'amidon et une ou deux cuillerées à café d'acide borique. Cette médication est préférable à l'emploi du caoutchouc que les malades supportent difficilement après un certain temps, surtout à la face et aux extrémités inférieures. Lorsque la période aiguë de l'eczéma est passée, l'auteur recommande la pommade à l'oxyde de zinc et l'emploi simultané de poudres inertes. Pour lutter contre la démangeaison, il ajoute un peu de camphre (1 0/0) à la pommade d'oxyde de zinc.

La traumaticine et le collodion n'ont pas donné en dermatologie les résultats qu'on en attendait, mais les gélatines médicinales offrent de réels avantages. La gélatine doit être de première qualité ; l'auteur y a incorporé de l'oxyde de zinc, du sous-nitrate de bismuth, de l'acide salicylique. Parfois la gélatine produit une sorte de tiraillement de la peau. comme le

collodion et la traumaticine : pour obvier à cet inconvénient, on peut ajouter une proportion plus ou moins considérable de glycérine qui rend la préparation plus douce. Si l'eczéma est très prurigineux, l'auteur propose d'ajouter à la gélatine soit le chlorhydrate de cocaïne à 1 ou 2 0/0 ou le menthol à 5 ou 10 0/0 qui serait plus efficace et coûterait moins cher.

PAUL RAYMOMD.

Eczéma. — ERNEST BESNIER. Traitement des eczémas. (*Semaine médicale*, n° 2, p. 5, 1892.)

Dans cet article, M. Ernest Besnier, après avoir fait ressortir l'incertitude de nos connaissances relatives à la pathogénie, à la nature de l'eczéma, expose quel doit être le traitement des affections cutanées réunies sous cette dénomination commune.

Le terme d'eczéma ne représente ni une lésion ni une maladie, il désigne un genre dermatologique extrêmement complexe dont les innombrables variétés n'acquièrent de valeur que si elles sont accompagnées d'un qualificatif.

Il n'y a pas de thérapeutique générale ; le traitement doit être adapté aux exigences de chaque cas pris en particulier. Doit-on d'ailleurs toujours traiter un eczéma ? M. Ernest Besnier admet un certain nombre de contre-indications presque toutes empruntées à la coexistence d'affections diathésiques ou viscérales vis-à-vis desquelles l'eczéma représente soit une surface de dérivation ou de révulsion, soit un champ émonctorial. Dans la première enfance, la question de la disparition d'un eczéma doit toujours être agitée ; chez l'adulte le siège de la dermatose doit être pris en considération ; chez les emphysémateux asthmatiques, chez les sujets diathésiques à alternances morbides ou atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, on doit agir avec la plus grande réserve.

Quant au régime et à la médication interne, chaque malade doit être conseillé selon sa qualité d'eczémateux et la qualité de son eczéma. Le traitement diététique doit être réglé selon les pays, les races, les catégories sociales, les habitudes antérieures. Toute la série médicamenteuse générale peut être utilisée ; l'arsenic, malgré l'abus qu'on en fait, est l'agent le plus spécialisé, sinon le remède spécifique dans le traitement de l'eczéma. Les eaux minérales n'ont pas de qualité curative à proprement parler, à l'égard de la maladie en acte, mais quelques-unes sont très favorables et un très grand nombre peut être utilisé dans le traitement diathésique ou éventuel des eczémateux.

Le traitement local varie suivant les espèces, les formes, les variétés de l'eczéma ; les difficultés sont grandes, les tâtonnements souvent inévitables et on ne saurait trop être en garde contre les fréquentes erreurs de pronostic au point de vue de la gravité de la lésion cutanée, sa durée, la possibilité des récidives, etc.

L. PERRIN.

Éruptions professionnelles. — BLASCHKO. Gewerbehautkrankheiten. *Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1891, p. 1241 et 1265).

Les observations de l'auteur ont été faites pour la plupart chez des

ouvriers de la *Berliner Actiengesellschaft für Anlininfabrication*, pendant environ cinq ans.

De sa description l'auteur élimine tout d'abord quatre groupes d'affections comme n'appartenant pas à la sphère de ses considérations :

1° La coloration de la peau et de ses annexes, — poils et ongles, — par les couleurs de goudron ;

2° L'intoxication avec les vapeurs d'aniline, de nitrobenzol et de dinitrobenzol ;

3° L'intoxication avec des matières colorantes contenant de l'arsenic ;

4° Il est en outre évident qu'on verra aussi, par une observation suffisamment prolongée, chez des ouvriers, toutes les maladies de la peau qui peuvent atteindre chaque individu indépendamment de ses occupations professionnelles spéciales et dont l'origine doit être rapportée à d'autres causes.

Après avoir encore éliminé ce groupe, il reste un grand nombre d'affections de la peau que l'on peut rattacher directement au mode d'occupation des ouvriers qui travaillent sur l'aniline et dont il faut chercher l'origine dans le contact de leur peau avec des substances nocives.

Pour la préparation des matières colorantes du goudron, on emploie les substances suivantes :

Benzol, toluol, xylol, naphtaline, phénol, anthracène.

Sous l'influence d'acides concentrés et de lessives de potasse ces substances sont transformées en une série de produits intermédiaires dont les plus importants sont :

Le nitrobenzol et le nitrotoluol
réduit en amidobenzol
= aniline toluidine

en outre du naphtol, de l'acide phthalique, de l'acide salicylique, de la résorcine, de l'anthraquinone, de la benzidine, de la tolidine, de la diphénylamine, de la naphtylamine, etc...

Il faut encore tenir compte d'un grand nombre de matières colorantes employées dans l'industrie que l'on désignait autrefois d'après la substance mère dont elles provenaient.

Les effets nuisibles qui surviennent par suite de la fabrication sont occasionnés :

1° Par le contact avec des acides caustiques concentrés et des alcalis ou avec des substances organiques qui, comme le phénol, la résorcine, le naphtol, etc., peuvent provoquer des maladies de la peau ;

2° Le contact direct des parties découvertes de la peau, face, mains et bras, avec des liquides très chauds ou en ébullition ou avec de la vapeur d'eau ;

3° Le séjour dans des pièces remplies de matières irritantes, solides ou gazeuses : matières premières ou produits intermédiaires ;

4° Les matières colorantes finales dont de petites quantités peuvent accidentellement se répandre sur la peau ou les vêtements des ouvriers.

5° Enfin il faut considérer comme cause nuisible le nettoiement après le travail sous forme de bains et de lavages, avec addition de substances irritantes telles que la soude et l'hypochlorite de chaux.

C'est à cette dernière cause qu'il faut attribuer les eczémas rebelles des mains qu'on observe chez les ouvriers qui travaillent sur l'aniline. Mais outre l'eczéma on voit quelquefois survenir sous l'influence de l'hypochlorite de chaux une maladie professionnelle typique, chez ces ouvriers, l'hyperhidrose des mains.

Cette hyperhidrose persiste quelques jours après la cessation du travail, puis disparaît peu à peu et revient avec l'emploi du sel de soude. Dans ces cas ce sont les glandes sudoripares qui sont particulièrement atteintes.

Dans deux cas l'auteur a observé de nombreuses pustules et de véritables furoncles principalement sur les bras, plus tard sur les membres inférieurs.

En outre Blaschko a eu l'occasion de constater dans un assez grand nombre de cas une dermatite aiguë occasionnée par les matières colorantes sur les parties les plus exposées (mains et face), s'étendant ensuite aux bras, au tronc et aux membres inférieurs. Tantôt il s'agit d'un simple érythème, avec ou sans desquamation consécutive, tantôt d'un érythème accompagné d'un œdème très considérable, principalement des mains, de la face, des oreilles, voire même du pénis et du scrotum. Dans les cas les plus prononcés il se produit une dermatite bulleuse typique.

Selon l'auteur, toutes ces dermatoses inflammatoires aiguës à caractère érythémateux seraient provoquées par des matières exclusivement organiques et surtout par celles qui appartiennent aux corps aromatiques, aux dérivés du benzol et de l'anthracène. Elles agissent le plus souvent en petite quantité, ce sont donc des substances toxiques typiques, et il faut les regarder comme des poisons des vaisseaux de la peau. Mais on doit admettre une idiosyncrasie, car elles ne produisent pas ces mêmes effets chez tous les ouvriers. A. Doyon.

Favus. — F. Kral. Untersuchungen über Favus. II. Mykologischer Theil. (*Arch. f. Dermat. u. Syphilis, Ergänzungshefte*, n° 1, p. 79.)

Dans son travail sur les microphytes de la peau, l'auteur s'est exclusivement servi du procédé des plaques. Au début on préparait les parties du scutule surnageant dans de l'eau stérilisée ou du bouillon, puis on en transportait la valeur d'un anneau dans de l'agar liquéfié, au besoin dilué et versé sur des plaques. Toutefois dans les parties surnageantes on ne trouvait des spores isolées qu'en petit nombre, en général des enveloppes de spores. Par contre, les bactéries qui pouvaient exister se répartissaient si exactement, qu'on les trouvait encore en grand nombre dans les dilutions, et qu'elles couvraient bientôt et complètement à leur végétation de plaque d'agar maintenue à la température du corps et arrosée fréquemment par l'eau de condensation. Avec l'emploi des plaques de gélatine on éviterait ce dernier inconvénient. Mais les plaques de gélatine ne peuvent servir à distinguer les champignons pathogènes de moisissure qui croissent à la température du corps, parce que à la température de la chambre tous les hypomycètes pathogènes se développent très lentement et que la plaque serait réoccupée depuis longtemps par les champignons de moisissure de l'air, avant que l'on puisse constater macroscopiquement

la végétation du champignon pathogène. Il fut donc nécessaire de conserver les plaques d'agar, puisqu'elles seules permettent l'emploi de températures un peu élevées, et qu'en même temps la plupart des hypomycètes saprophytes, qui ne prospèrent pas à la température du corps, sont spontanément éliminées.

On essaya ensuite d'arriver à la séparation des gonidies par voie sèche, mécanique : raclage de la surface inférieure d'un scutule avec une curette stérilisée, transport dans de l'agar liquéfié de cette poudre fine ainsi obtenue avec une anse de platine, puis après avoir agité énergiquement ce premier tube d'agar, on fit deux dilutions ultérieures et on versa le contenu des trois tubes inoculés dans les petites coupes doubles de Soyka.

Dans les recherches actuelles, l'auteur a employé un nouveau procédé de séparation; on triture des fragments de différentes parties d'un scutule typique avec de l'acide sylicalique stérilisé dans une petite coupe de porcelaine également stérilisée. De cette trituration, on porta 1 ou 2 anses dans de l'agar liquéfié maintenu au bain-marie à une température de 42° C., on fit en outre 2 à 3 dilutions et on versa immédiatement sur des plaques. Avec ce mode de séparation, il se développait un nombre encore beaucoup plus considérable de germes isolés qu'en employant le raclage. Des fragments minuscules de poils furent soumis à ce même procédé et on réussit aussi à en séparer par une trituration continue un petit nombre de germes et à les amener à se développer isolément sur des plaques, sans toutefois qu'ils nous donneut cette certitude du nombre, qui serait indispensable si l'on avait affaire à un mélange de champignons.

Le scutule qui fut examiné de la même manière à différentes périodes produisit sur toutes les plaques (en tout 18), dans la première dilution ainsi que dans les dilutions les plus étendues, un gazon dans lequel on ne put, à aucun moment (les plaques restèrent 60 jours en observation) ni macroscopiquement, ni microscopiquement établir une distinction quelconque. Les plaques restèrent indemnes de colonies de bactéries.

L'auteur croit avoir par là démontré que dans le scutule examiné, il n'y avait qu'un seul hypomycète qu'il faut regarder, en raison de sa puissance pathogène, comme l'achorion de Schönlein. Il a en outre réussi avec cette méthode à obtenir des cultures pures du champignon.

L'inoculation de 36 mycéliums bien isolés provenant des plaques de la première série d'expérimentation sur de l'agar coagulé obliquement ne produisit jamais qu'un seul et même champignon, qui, d'après ses caractères morphologiques et physiologiques, était identique à l'hypomycète que l'auteur a déjà décrit.

On ne peut pas mettre en doute la constance des caractères de culture d'un hypomycète dans des conditions analogues de végétation. Voici ce que l'auteur a observé :

Bouillon peptonisé à 37°. — L'achorion de Schönlein se développe dans le bouillon peptonisé à l'intérieur de la colonne de liquide, son gazon est limité par des productions caractéristiques semblables à de la mousse, à la surface il ne se produit aucune végétation d'hyphes aériens et le milieu nutritif n'est pas décoloré.

Plaques de gélatine de viande peptonisée à 10 p. 100, à la température de la chambre dans les capsules plates inaltérables de Soyka et de Kral. — Il inocule la gélatine nutritive liquéfiée avec une quantité microscopique de culture pure, et après avoir agité avec soin il laisse durcir ce mélange horizontalement. Ces plaques ne sont jamais altérées par les impuretés de l'air et il est possible d'examiner à volonté macroscopiquement la surface supérieure et inférieure du gazon, ce dernier aussi microscopiquement, sans le moindre inconvénient. Au bout de 48 heures, la végétation est visible macroscopiquement sous forme d'un léger duvet de 0,5 à 0,75 millim. de diamètre dont la grosseur s'accroît très lentement, car après 15 jours il n'atteint que 2 à 2 millim. 5, sa forme est irrégulière. Au bout de 25 jours le duvet le plus grand a atteint un diamètre de 3 millim. 5. Dans les 3 à 4 premières semaines la croissance se fait principalement en profondeur, le commencement de la liquéfaction et la décoloration du terrain nutritif ne se produit pas avant un mois, puis on voit apparaître des duvets de 5 à 6 millim. de diamètre, de forme irrégulière, proéminents verticalement, couleur de pâte, plus tard jaune gris, presque sans mycélium aérien ou nus.

Cultures en piqûres sur la gélatine de viande peptonisée à 10 p. 100, à la température de la chambre. — La croissance se fait ici dans la profondeur sous forme de prolongements courts semblables à de la mousse. Le duvet augmente encore un peu à la surface, atteint le 40e jour un diamètre de 6 millim. et détermine une décoloration jaune chrome dans son voisinage le plus immédiat, prononcée surtout à la surface inférieure, en même temps la gélatine décolorée est aussi quelque peu ramollie. La gélatine n'est pas liquéfiée.

Cultures sur plaques d'agar de viande peptonisée à 2 p. 100 à 37°. — On prépare les plaques d'agar comme plaques inaltérables de la même manière que les plaques de gélatine, et l'inoculation se fit comme il a été dit plus haut. Au bout de 24 heures la croissance est déjà luxuriante, elle apparaît à l'œil nu comme des mycéliums délicats, brillants, semblables à de la soie. Après 48 heures, ils forment des duvets circulaires, gris jaunâtre de 3, 5 à 4 millim. de diamètre. Au bout de 4 jours, ils ont 6 à 8 millim. ; de 9 jours, 16 à 17 millim. ; de 20 jours, 20 millim. de diamètre. Le duvet ne s'élève nulle part au-dessus de la surface, il n'a par conséquent pas de mycélium aérien.

Cultures sur agar peptonisé à 2 p. 100 dans le tube à réaction, à la température de 37° C. durci obliquement. — La croissance est rapide et le 7e jour il y a un duvet épais occupant toute la base sur 9 millim. de diamètre, de couleur jaunâtre, qui nulle part ne s'élève au-dessus de la surface. Pas de mycélium aérien. En quelques points, près de la surface, prolongements semblables à de la mousse qui sont en contact dans la profondeur presque avec les parois opposées du tube, ils existent maintenant de tous les côtés et donnent à la culture son aspect caractéristique permettant de la distinguer au premier coup d'œil des cultures d'agar d'autres champignons.

Cultures sur le sérum du sang à 37° C. — Le champignon se développe dans le sérum du sang plus lentement et d'une manière plus limitée que dans l'agar nutritif sous forme d'un duvet uni à la surface, avec croissance notable en profondeur, la périphérie y est limitée par des prolongements

semblables à de la mousse, sans décoloration de la surface inférieure du duvet et sans liquéfaction ou décoloration du substratum.

Cultures sur des disques de pomme de terre à 37° C. — Le développement du champignon sur ce terrain de nutrition est très lent. Sur des disques de pomme de terre ce champignon pousse à la température du corps sous forme d'un duvet s'élevant perpendiculairement, gris jaunâtre, en forme d'anneau qui porte un mycélium aérien clairsemé et à peine visible. A la température ordinaire la croissance de ce champignon est très retardée et très maigre.

Cultures sur des disques de raves à 37° C. — Le champignon se développe sur ce terrain de nutrition d'une manière plus rapide et plus luxuriante que sur les disques de pomme de terre, mais la forme et la couleur du duvet sont tout à fait identiques à celles sur les cultures de pomme de terre.

Cultures sur le lait à 37° C. — L'achorion de Schönlein se développe sur le lait à la température du corps sous forme d'une couche compacte de champignons, au début blanche comme de la neige, plus tard jaune maïs, qui là où elle est exposée à la sécheresse prend une teinte allant jusqu'au jaune orange foncé. Le champignon communique la fluorescence au sérum du lait.

Cultures sur l'infusion de malt à 37° C. — Le champignon se développe dans l'infusion de malt à la température du corps presque identique quoique plus tardivement que dans le bouillon, son mycélium ne végète pas à la surface du milieu nutritif.

En résumé, les plus importantes des propriétés caractéristiques de culture de l'achorion de Schönlein consistent dans les émissions semblables à de la mousse qui partent de la périphérie du duvet et qui se présentent dans tous les milieux nutritifs transparents, liquides et solides ; dans la croissance presque exclusive en profondeur dans ces milieux ; dans la non liquéfaction de la gélatine pendant les 30 premiers jours de culture ; dans la production, sur des pommes de terre et des raves, de duvets gris jaunâtre, nus, en tumeurs, en forme d'anneaux, s'élevant perpendiculairement de la base. Il faut en outre signaler la croissance et la manière d'être du champignon sur le lait et finalement la formation de duvets sur la plupart des milieux nutritifs solides, formant après 3 à 5 jours de dessiccation une masse jaunâtre, friable, semblable à du mortier, dont il est impossible de distinguer macroscopiquement et microscopiquement les éléments de ceux d'un scutule favique.

Il résulte de la description minutieuse de la manière dont se comporte le champignon dans les différents milieux nutritifs que selon Kral, ce champignon n'est nullement identique à ceux qui ont été décrits par Grawitz, Quincke, Verujski, Fabry, Munnich et Elsenberg. Le champignon *y* de Quincke présente un certain nombre de ressemblances avec le champignon décrit par Kral.

Les *propriétés morphologiques* du champignon ont été étudiées sur des cultures dans les petites coupes doubles de Soyka et examinées à un faible grossissement.

Le cycle de végétation de l'achorion de Schönlein est complet en 7 jours

dans de l'agar nutritif à la température du corps. La gonidie ensemencée germe au bout de 4 heures, pousse en 12 heures un tube de germination, et, après 2 jours, il sort du germe un mycélium complet dont l'hyphe principal apparaît au bout de 3 jours avec des hyphes latéraux sous divers angles ; ils présentent des terminaisons bifurquées et des grosseurs terminales en forme de massue.

Le 4e jour apparaissent sur ces extrémités des corpuscules jaunes caractéristiques, le 5e jour, commence la métamorphose des hyphes de mycélium en gonidies, elle est terminée le 7e jour, tandis que sur les hyphes principaux caractéristiques le processus de végétation et de fructification peut, dans certaines conditions, se répéter longtemps encore.

Voici ce qui se passe quant à la manière dont se comporte, au point de vue microscopique le champignon, sur les milieux nutritifs habituels, en tant qu'ils ont été employés par d'autres auteurs et que les cultures du favus obtenues sur ces milieux ont été examinées au microscope.

Dans les cultures dans du bouillon, le mycélium consiste principalement en gonidies et en filaments de gonidies, les premières de forme sphérique et ovale, les seconds de forme cylindrique bombée au centre.

Sur les plaques de gélatine les spores poussent au bout de 18 à 24 heures des tubes germinatifs qui se transforment en hyphes courts droits ou légèrement ondulés avec terminaisons émoussées, arrondies, quelques-uns des plus longs présentent après 48 heures des tuméfactions terminales en massue ou recourbées. Le 4e jour le mycélium forme un enchevêtrement de filaments d'aspect anguleux. A l'extrémité terminale, plus rarement sur la longueur des hyphes, il existe un petit nombre de corpuscules faiblement réfringents dont le diamètre est double et même quadruple des hyphes, quelques-uns aussi avec contenu jaune granulé et non réfringents. Le nombre de ces corpuscules augmente jusqu'au 9e jour sans toutefois atteindre jamais la proportion des corpuscules jaunes identiques qui surviennent dans les cultures d'agar. Le duvet développé à la surface de la gélatine consiste en général en gonidies de forme sphéroïdale irrégulière et en filaments de gonidies.

Dans les cultures sur le sérum du sang on voit des hyphes de mycélium dans la profondeur, à ondulations sinueuses, le plus souvent à terminaisons simples, rarement multiples. Sur un mycélium de 30 jours il n'y avait ni gonidies ni cloisonnement des hyphes.

Les cultures sur pommes de terre à la température du corps sont composées de grosses gonidies sphériques et de quelques hyphes délicats, élargis en certains points.

Le duvet poussé sur le lait consiste en filaments très allongés avec de rares cloisons qui se réunissent souvent pour former des corps volumineux, arrondis, et présentant fréquemment des grosseurs terminales, quelquefois même des bifurcations.

Morphologiquement aussi les champignons décrits par Grawitz, Boer, Verujski, Munnich et Fabry présentent de grandes différences avec le champignon de Kral. Le champignon *y* de Quincke et le champignon étudié par Elsenberg offrent au contraire des caractères très analogues à ceux du champignon de Kral ; on ne peut toutefois les identifier en raison de différences essentielles.

De ces expériences il résulte donc qu'aucun des champignons faviques décrits jusqu'à présent ne peut être confondu avec celui qui produit le favus et qui a été étudié par l'auteur. A. DOYON.

Favus. — LEGLUDIC. Favus squarreux généralisé. (*Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 1891, 2e semestre, p. 69.)

Garçon de 14 ans, atteint de favus des parties glabres depuis l'âge de 6 à 7 ans; le favus est tellement développé et tellement généralisé que le corps de l'enfant ressemble à ces vieux bois couverts de champignons, d'excroissances lichénoïdes, de dimensions et de saillies inégales, rugueuses, irrégulières et parfois considérables, sortes de monticules isolés ou agglomérés, parfois séparés par des anfractuosités assez profondes. Les croûtes forment des éminences successives et comme montagneuses, adhérentes à la peau, les unes grisâtres, les autres blanchâtres, décolorées et semblables à du plâtre. Ces lésions s'observent sur les membres, sur le tronc et sur la face. Le cuir chevelu est le siège de lésions faviques considérables et anciennes, accompagnées de phthiriase.

Deux photographies accompagnent cette observation et donnent une idée des lésions si accusées de la peau, rarement observées à un degré aussi intense. GEORGES THIBIERGE.

Lèpre ; anatomie pathologique. — P. G. UNNA. Eine neue Färben methode für Lepra — und Tuberkelbazillen. (*Monatshefte für prakt. Dermatologie*, 1891, tome XII, p. 477.)

L'auteur a trouvé l'année dernière, à l'occasion de ses recherches sur les moyens de représenter le protoplasma par des procédés plus faibles de décoloration, que les coupes de tissus lépreux colorées avec le bleu de méthyle, plongées dans une solution d'iode et puis dans le créosol, prennent une belle coloration double. Le tissu animal est fortement décoloré, mais garde la coloration bleue, tandis que les bacilles de la lèpre, sous la forme de coccothrix, se colorent en rouge brun jusqu'à rouge acajou. La coloration d'abord brun noir indique qu'outre l'iode libre il y a encore dans les bacilles du bleu iodé de bleu de méthyle. Plus ce dernier disparaît par la décoloration progressive, plus les bacilles prennent une teinte iodée pure. Finalement on réussit assez facilement à obtenir les organismes colorés en rouge brun brillant.

Le procédé complet pour colorer en rouge les bacilles lépreux, sous la forme de coccothrix sur un fond incolore, est le suivant :

1° Coloration dans une solution aqueuse de bleu de méthyle et de borax (1 p. 1, p. 100), 5 minutes.

2° Lavage des coupes dans de l'eau.

3° Emploi de l'iode dans une petite coupe, solution à 5 p. 100 Jka avec addition d'un cristal d'iode : 5 minutes.

4° Lavage dans l'alcool absolu jusqu'à apparition d'un nuage bleu.

5° Différenciation dans le créosol, suivant l'intensité de la coloration, quelques secondes jusqu'à une demi-minute.

6° Fixer dans l'huile de térébenthine rectifiée.

7° Monter dans le baume.

Il est très évident que cette solution d'iode du bleu de méthyde peut être étendue à toutes les colorations possibles de bleu de méthyle, dans lesquelles ils pourrait y avoir avantage à remplacer la coloration brune.

Pour la plupart des tissus : nucléine, protoplasma, collagène, Unna a trouvé dans l'acide acétique un moyen de différenciation tout à la fois bon et simple des coupes préparées à l'iode. Il dissout rapidement le bleu de méthyle et n'attaque pas l'iode, encore moins que le créosol. Principalement dans un mélange d'environ parties égales de vinaigre, d'alcool et d'éther, les coupes perdent facilement leur bleu de méthyle, sans que l'iode disparaisse. A. Doyon.

Lèpre. — Castano. Lepra anestesica. (*Anales de la Asistencia publica*, Buenos-Ayres, 1891, p. 710.)

Homme de 33 ans, italien sans antécédents héréditaires et jusqu'alors bien portant. En 1885, étant au Brésil, fut atteint par une épidémie qui fit beaucoup de victimes, mais après avoir été malade pendant huit jours, il guérit. En 1888, il vint à Buenos-Ayres où il était employé dans une école normale. En octobre 1890, chancre survenu 15 jours après le coït et qui dure un mois : deux mois et demi après, apparition de taches arrondies de la dimension de « un centavo » qui débutèrent par les jambes et le front et avaient la même évolution noirâtre que les taches actuelles. Elles étaient prurigineuses et se généralisèrent en peu de temps à tout le corps Trois mois après apparurent de fortes douleurs, surtout au niveau de la jambe droite de telle sorte qu'il ne pouvait faire mouvoir ses articulations. Ces douleurs persistèrent quinze jours, gagnèrent la ceinture, puis la tête en même temps que les cheveux tombaient. Il fut soumis à un traitement énergique pendant huit mois mais sans résultat. Entré à l'hôpital, la couleur violacée de sa figure attirait l'attention : les cils étaient tombés, la barbe était rare et il y avait une alopécie disséminée. Le corps était couvert de taches arrondies de dimensions variés, les plus petites de la dimension d'un centime, d'une couleur cuivre sombre, la plupart présentent un noyau central et un brillant métallique sur toute leur surface. Sur toutes les parties où existaient ces taches il y avait une hyperesthésie très marquée : la moindre pression suffisait pour que le malade accusât des douleurs qu'il comparait à des aiguilles le traversant ; la douleur était beaucoup plus forte au voisinage du noyau central et il n'existait aucun phénomène anormal sur les parties de peau saine. En examinant avec une épingle la sensibilité on remarquait qu'elle était la même sur toutes les parties du corps, et que seuls la pression et les petits coups déterminaient l'hyperesthésie ; les taches ne furent plus aussi circulaires, le noyau central disparut : beaucoup d'entre elles parurent plus étendues et plus uniformes. L'hyperesthésie était moins prononcée. L'auteur discute le diagnostic et il arrive à celui de lèpre maculeuse ; après avoir passé en revue les principaux symptômes de cette forme, l'auteur ajoute : comme on le voit, tous

les symptômes coïncident avec ceux que présente notre malade et comme il se trouve dans la période aiguë de la maladie qui est à sa phase initiale, il manque les autres symptômes qui complètent le tableau.

PAUL RAYMOND.

Lichen plan miliaire. — W. DUBREUILH et J. SABRAZES. Sur deux cas de lichen plan miliaire à marche aiguë. (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, janvier 1892, p. 65.)

A propos de deux faits observés par eux, les auteurs précisent la description d'une variété du lichen caractérisée par sa marche aiguë et par la disposition miliaire de ses lésions, variété déjà décrite par M. Besnier, M. Lavergne, Török, H. v. Hebra. Cette variété s'observe surtout chez des sujets jeunes ; en quelques jours ou quelques semaines au plus, l'éruption couvre tout le corps ; mais, dans quelques cas, la généralisation rapide a été précédée d'une période plus ou moins longue où l'extension a été beaucoup plus lente ; elle peut s'accompagner de phénomènes généraux. Le prurit est très variable, tantôt assez modéré, tantôt très violent. Les papules sont disséminées au lieu de se disposer en placards ou en cercles ; leur volume varie de celui d'un point à peine visible à celui d'un grain de chènevis ; leur couleur est rouge pâle ou peut ne pas différer de celle de la peau saine ; leur forme est arrondie ou plus souvent polygonale, déterminée par les plis de flexion de la peau ; leur sommet est plan, rarement déprimé, luisant, de sorte que les plus petites papules, dont la saillie est presque nulle, se reconnaissent surtout au miroitement de leur surface ; les papules forment quelquefois des groupes qui présentent tous les caractères des placards du lichen plan ordinaire, mais qui restent toujours rares et peu étendus. GEORGES THIBIERGE.

Ichtyose et lichen plan. — STAFFORD TAYLOR. A case of ichtyosis associated with lichen ruber planus. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, avril 1892, page 119.)

Chez un homme ayant présenté une hémiplégie infantile avec atrophie marquée de tout un côté du corps, l'auteur a observé sur le côté sain seulement des lésions complexes de kératoses : cônes pilaires saillants et durs, lésions d'ichtyose folliculaire, à côté de lésions typiques de lichen ruber planus. Il discute la dénomination à donner à la maladie, et préfère celle qui est en tête de sa note à celle d'un lichen verrucosus qu'il faudrait admettre ici congénital ou à celle de lichen pilaire.

La distribution des lésions à un seul côté du corps vient appuyer la théorie de l'origine nerveuse du groupe d'affections, auquel ce cas se rattache. R. SABOURAUD.

Lichen de Wilson. — L. JACQUET. Nature et traitement du lichen de Wilson. Contribution à l'étude des névrodermites. (*Semaine médicale*, n° 62, p. 508, 1891.)

M. Jacquet est un partisan convaincu de la nature nerveuse du lichen plan, d'après les faits qu'il a observés et qu'il analyse dans ce travail, il

croit que l'on doit considérer cette dermatose comme une névrose à manifestations cutanées secondaires, artificielles, provoquées par l'irritation locale d'une peau dont l'innervation motrice est déséquilibrée.

Les malades qu'il a observés présentaient tous soit une tare névropathique héréditaire, soit des accidents de nervosisme très nets, sans stigmates d'hystérie. Dans tous les cas, les symptômes nerveux ont précédé plus ou moins longtemps les lésions cutanées; constamment le prurit a précédé l'éclosion éruptive. Ce n'est donc pas l'éruption qui serait prurigineuse. Celle-ci disparaît si la sédation du système nerveux est obtenue. Une de ses malades, après sédation complète en apparence des symptômes nerveux, puis disparition progressive, absolue et rapide d'une éruption très confluente de lichen plan, fut obligée de suspendre les douches. En très peu de jours le cortège névropathique reparut au grand complet; la malade croyait à une récidive de son lichen, elle n'avait pourtant pas une seule papule. Ce n'est donc pas l'éruption qui est prurigineuse, conclut M. Jacquet, mais bien plutôt le prurit qui est éruptif.

Cette éruption secondaire est artificielle et provoquée par une irritation locale. On sait depuis longtemps que dans le lichen une irritation de la peau peut amener un développement plus rapide de papules dans la région où elle s'est produite. M. Jacquet a pu, en effet, produire de la dermographie lichénienne comme on fait de la dermographie ortiée ; et sous l'influence d'un enveloppement ouaté, pratiqué sur un membre et maintenu pendant quelques jours, le prurit a cessé dans la sphère protégée, les papules s'étaient affaissées. Ces faits permettent à l'auteur de considérer l'éruption de la névrose wilsonnienne comme purement artificielle et due simplement aux traumatismes de tout ordre (contacts, frottements, grattages, etc.), exercés sur des régions de la peau dont le tonus vaso-moteur est profondément troublé par une influence nerveuse centrale. La conclusion pratique qui s'impose, c'est qu'on doit calmer l'hyperexcitabilité nerveuse et soustraire la peau aux irritations extérieures.

Pour obtenir l'apaisement de l'éréthisme nerveux, M. Jacquet a employé la douche tiède de deux à trois minutes de durée, suivie d'une affusion froide, très courte, le tout avec le minimum de percussion. Sur sept malades qu'il a observés, six n'ont suivi aucun traitement soit local, soit général; sur ces six, trois dont deux ayant l'éruption généralisée sont complètement délivrés de leur éruption (25 jours pour ce résultat); les trois autres sont encore au début de leur traitement, mais sont notablement améliorés. L. Perrin.

Rhinosclérome. — Lubliner. Ein Fall von Rhinosklerom der Nase. — Typhus exanthematicus. — Schwund der Rhinosklerominfiltrationen. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, p. 983)

P..., âgé de 35 ans, marié, entre à l'hôpital le 19 février. La maladie aurait commencé par un fort rhume. Pas de syphilis; famille saine. Au point de transition entre la peau et la muqueuse du côté droit du nez on aperçoit, sur le bord postérieur de l'ouverture de la fosse narine, un infiltrat faisant une saillie d'un demi-centim. Cette tumeur passait non seu-

lement sur le cornet nasal inférieur, qu'elle masquait entièrement, mais aussi sur la cloison. Cette dernière était principalement épaissie dans sa partie antérieure.

Les parties postérieures sont recouvertes par deux infiltrats allongés. Dans la profondeur des fosses narines, infiltrats analogues, qui bouchent complètement les cavités du nez. Les tumeurs de la cloison avaient une dureté presque cartilagineuse, tandis que celles des fosses narines avaient une consistance plus molle et étaient un peu mobiles. Du côté gauche, à la partie inférieure de la cloison, saillie cartilagineuse en forme de bourrelet; la muqueuse qui la recouvre est mince et unie. Les cornets sont jaune blanc, rapetissés et durs. Pas d'ulcérations. L'air traverse assez facilement la narine. Sécrétion séro-purulente assez abondante. La rhinoscopie postérieure permet de constater une très légère tuméfaction des parties postérieures des cornets inférieurs. Catarrhe rétro-nasal et pharyngite chronique sèche. Dans le larynx, rien d'anormal. Anosmie complète. Diminution notable de l'ouïe. Otite moyenne catarrhale chronique. Organes internes sains.

Le 8 mars on enlève à l'aide d'une anse galvanocaustique les infiltrats de la cloison ainsi que ceux situés sur la partie inférieure du conduit nasal. Les infiltrats restants furent cautérisés à plusieurs reprises avec le galvanocautère. Malgré ces cautérisations, la respiration nasale ne fut pas notablement améliorée, par suite de la reproduction des infiltrats.

L'examen microscopique et bactériologique démontra que l'on avait bien affaire dans ce cas à un rhinosclérome.

Les quatre premiers jours après l'opération le malade fut tout à fait bien. Lavage chaque jour du nez avec une solution antiseptique. Le 13 mars, céphalalgie intense mais qui céda au bout de 24 heures. A ce moment on constate un développement rapide des tumeurs de la cloison et des infiltrats des fosses narines. Le 22 mars, frissons, douleurs dans les membres et fièvre. Les jours suivants les symptômes s'aggravent et on diagnostique une fièvre typhoïde; le 5e jour apparaît un exanthème sous forme de taches confluentes sur la poitrine et le ventre, typhus exanthématique. La marche de la fièvre typhoïde fut régulière et au bout de 15 jours le malade entra en convalescence.

Le 12 avril, après la guérison de la fièvre, on constata que les malaises qui existaient auparavant du côté du nez avaient complètement disparu. Du côté droit la cloison est visible dans toute son étendue et un peu recourbée à gauche. Dans la partie antérieure du conduit nasal, épaississement de peu d'importance, semblable à un infiltrat inégal, saignant facilement et mou au toucher. A un centimètre au-dessous de l'entrée du maxillaire droit, prolifération polypiforme de la grosseur d'un pois. Le cornet inférieur est complètement atrophié, le cornet moyen est épaissi. A gauche on rencontre les mêmes modifications. L'air passe facilement. Anosmie complète. On enlève le polype et le 13 avril le malade quitte l'hôpital entièrement guéri.

Ce fait est intéressant en ce que, après un typhus exanthématique, il s'est produit dans le rhinosclérome une régression presque complète d'infiltrats diffus dans un cas où ils étaient si développés que les fosses narines étaient presque imperméables au passage de l'air et de l'eau.

Quant à l'action du typhus exanthématique sur la disparition des produits inflammatoires chroniques parasitaires, l'auteur a vu dans deux cas de lupus des nodosités lupiques disparaître sous l'influence d'une affection typhique. Il est vrai que plusieurs semaines après les nodosités lupiques reparurent et que l'état redevint ce qu'il était auparavant.

On sait depuis longtemps que d'autres agents infectieux, comme l'érysipèle, peuvent exercer une influence analogue sur des processus chroniques non infectieux, par exemple sur des tumeurs malignes.

A. Doyon.

Sclérodermie. — Dinkler. Zur Lehre von der Sklerodermie. (*Deutsches Archiv. f. klin. Medicin*, 1891, tome 48, p. 514.)

Cette importante et consciencieuse étude comprend trois cas détaillés de sclérodermie observés par l'auteur outre les résultats d'une autopsie. Il s'appuie sur ses recherches personnelles ainsi que sur les données de la science pour tracer un tableau d'ensemble de cette affection.

Quoique ces trois cas présentent sous une forme typique tous les symptômes de la sclérodermie qui ont été observés et décrits, quoique l'identité des deux processus : circonscrit et diffus, soit mise hors de doute par ce fait que le premier peut provenir du dernier, et vice-versâ, cependant l'observation clinique ne suffit pas à élucider la pathogénèse de la sclérodermie. Pour y parvenir, il faut y ajouter l'étude anatomique des organes malades.

1° La sclérodermie est une maladie *sui generis*, dont les signes caractéristiques consistent au début en une tuméfaction dure, à la période finale en une atrophie du tégument externe semblable à une cicatrice ; la tuméfaction est souvent précédée (sans doute plus fréquemment que les observations actuelles ne l'indiquent) de troubles vaso-mateurs (hyperhémie) plus ou moins caractérisés.

La pigmentation de la peau malade ou encore saine en apparence qui survient dans un grand nombre de cas, pas plus que la desquamation épidermique observée dans quelques cas, ne peuvent, au point de vue du diagnostic, être considérées comme des critériums de la maladie ; elle est commune à la sclérodermie et à beaucoup d'autres affections.

2° La sclérodermie se manifeste sous deux formes : diffuse et circonscrite ; la preuve clinique de l'unité des deux processus, c'est que la forme circonscrite peut être le point de départ de la forme diffuse, et d'un autre côté la forme diffuse se propage fréquemment par la formation de foyers circonscrits. En second lieu, anatomiquement, les lésions histologiques sont les mêmes dans les deux formes. Le processus paraît en outre ne pas être limité à la peau, on a en effet observé dans le cerveau et dans les muscles striés des foyers morbides primaires et isolés correspondant *mutatis mutandis* aux altérations de la peau.

3° L'étiologie de la sclérodermie est obscure ; la maladie paraît survenir soit spontanément, soit en connexion avec les causes nocives les plus différentes aiguës ou chroniques.

4° Anatomiquement, elle se traduit par la prolifération du tissu conjonctif

et des altérations des vaisseaux, et en réalité ces deux lésions — dans la forme circonscrite sûrement, dans la forme diffuse probablement — peuvent déjà être constatées, avant que la peau ne présente macroscopiquement une modification quelconque. La maladie des vaisseaux ne s'étend qu'à des ramifications artérielles isolées, elle est si prononcée au début qu'on peut la considérer comme une des premières altérations, peut-être même comme la première. Anatomiquement, elle correspond aux lésions de l'endartérite fibreuse. La prolifération du tissu conjonctif parcourt graduellement les différentes phases depuis le tissu indifférent de granulation jusqu'à la formation du tissu de cicatrice. La dureté et la tuméfaction de la peau dans la période hypertrophique sont occasionnées par une fusion spéciale et le gonflement des fibrilles du tissu conjonctif des cellules fixes de tissu, ainsi que par le développement du tissu indifférent de nouvelle formation en tissu conjonctif parfait ; la disparition et l'atrophie sont au contraire déterminées par une dégénérescence cicatricielle et une rétraction du tissu conjontif préexistant et de ce même tissu de nouvelle formation. La pigmentation provient dans la plupart des cas d'un dépôt de pigment dans les cellules cylindriques du réseau de Malpighi.

5° La nature intime de la maladie est inconnue ; le plus grand nombre des observateurs rapportent aujourd'hui la sclérodermie à des modifications du système nerveux, mais les méthodes de recherche actuellement connues, ne permettent pas de constater une seule de ces modifications. L'observation unique recueillie par Chalvet et Luys d'une maladie de la substance grise de la moelle épinière et allongée n'a été confirmée par aucun des observateurs ultérieurs. Les ganglions spinaux et le système nerveux du grand sympathique ne semblent avoir aussi aucune connexion avec la maladie, dans le cas examiné par l'auteur ils n'étaient le siège d'aucune lésion.

6° En faveur de la nature infectieuse de la sclérodermie, il n'y a de points de repère certains ni au point de vue clinique, ni au point de vue anatomo-histologique et bactériologique.

7° L'observation clinique ainsi que l'examen anatomique indiquent qu'il ne s'agit pas d'un processus inflammatoire dans le sens ordinaire du mot.

8° La maladie précoce des artères de la peau, l'intensité de leurs altérations, la participation de quelques rameaux seulement, l'intégrité des grosses artères du tronc et des membres, rendent vraisemblable que la sclérodermie a pour point de départ une maladie des vaisseaux.

9° En raison de ce qui précède il faut, comme thérapeutique, outre un traitement général approprié, combattre la maladie des vaisseaux (par les courants constants, des bains chauds, etc.). Le pronostic, dans tous les cas, doit toujours être posé dès le début comme douteux, bien qu'un traitement approprié puisse souvent déterminer non seulement un arrêt de la maladie, mais même l'amélioration et la guérison complète.

A. Doyon.

Urine comme milieu de culture. — J. Heller. Der Harn als bakteriologischer Nahrboden. (Tirage à part du *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1890, n° 39.)

L'auteur dans cet article, préconise l'urine comme un excellent milieu nutritif pour les expériences de bactériologie. Avant d'expliquer la technique qu'il emploie et les résultats qu'il a obtenus, J. Heller nous montre les inconvénients des procédés en cours jusqu'à ce jour. Le bouillon de viande en particulier exige de nombreuses manipulations qui prennent beaucoup de temps. De plus, pendant sa préparation, il peut se produire des changements dans sa constitution chimique, la formation de toxines qui peuvent, dans la suite, altérer la virulence des microbes et transformer le bouillon lui-même en poison. Enfin il faut compter avec le prix des matières premières. Pour toutes ces raisons, l'auteur préfère employer l'urine. Par sa composition du reste, l'urine se rapproche beaucoup des bouillons de viande. On y trouve à peu près les mêmes éléments, la proportion seule varie. Au point de vue du médecin bactériologiste, elle a de grandes qualités. Elle ne coûte rien. On peut recueillir facilement ce liquide dans des récipients stérilisés. Les manipulations à lui faire subir sont indiquées et ne prennent pas beaucoup de temps. Une seule stérilisation suffira. L'urine est un excellent milieu nutritif pour tous les microbes. L'auteur a pu les cultiver presque tous, et obtenir des cultures pures. La virulence n'est pas atténuée. L'auteur s'en est assuré dans quelques cas. Seuls quelques micro-organismes paraissent se développer moins bien dans l'urine : ce sont le bacillus violaceus, le bacillus fluorescens. Celui de la tuberculose s'y développe aussi assez mal. Le gonococcus pas du tout. L'auteur termine son article en concluant que l'urine est un excellent milieu nutritif pour le développement des microbes. S'appuyant sur cette conclusion, il conseille de désinfecter soigneusement les urines dans tous les cas de maladies infectieuses.

Maurice Doyon.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis du rectum. — P. Nickel. Ueber die sogenannten syphilitischen Mastdarmgeschwüre. (*Wirchow's Archiv.*, 1892, t. 127, p. 279.)

Les ulcères véritablement syphilitiques du rectum sont très rares. Le petit nombre de cas étudiés représentent des affections tertiaires, des gommes avec dégénérescence graisseuse ultérieure. Il n'y a aucune raison d'admettre que la plupart des ulcères chroniques sans relation évidente avec des syphilomes soient des chancres primitifs résultant d'un coït contre nature. En effet, l'introduction du pénis blesserait d'abord la muqueuse dans la partie la plus étroite, dans la région des sphincters et c'est là qu'elle devrait s'ulcérer, tandis qu'en réalité les ulcères ne commencent qu'à plusieurs centimètres au-dessus des sphincters. Cette localisation contredit également l'opinion que, dans les flueurs blanches, le pus coulerait du vagin sur le périnée jusqu'au rectum et infecterait la muqueuse. En pareils cas la cautérisation atteindrait d'abord les parties les plus externes de la muqueuse, tandis qu'on les trouve complètement intactes et que l'ulcère ne s'observe qu'au delà des sphincters. Une partie de ces ulcères, de beaucoup la plus faible, proviendrait, de la façon indiquée par Pœlcher de la suppuration d'origine gonorrhéique des glandes de Bartholin. Il ne paraît cependant pas nécessaire de limiter ce mode de production à la suppuration des glandes de Bartholin, car toute inflammation purulente du tissu adipeux entourant le rectum, par exemple une paramétrite puerpérale phlegmoneuse (l'auteur en cite deux cas) peut aboutir au même résultat. Mais il faut chercher dans des traumatismes et le décubitus la cause principale des ulcères chroniques du rectum aboutissant à la cicatrisation et en général attribués à la syphilis.

Parmi les traumatismes, les plus fréquents proviennent de lavements; des lésions du même genre peuvent résulter chez les femmes de l'exploration digitale des organes du bassin à travers la paroi antérieure du rectum. Les ulcères de décubitus sont dus à des amas de matière stercorale épaissie amenant la nécrose de la muqueuse et permettant ainsi aux germes inflammatoires de pénétrer sous la muqueuse. Il ne faut pas s'étonner de rencontrer ces ulcères par compression plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, car les premières et tout spécialement les filles publiques ont bien plus souvent et supportent beaucoup plus longtemps que les hommes la constipation habituelle. Pendant la grossesse notamment, les matières fécales s'accumulent et s'épaississent facilement dans le cloaque, et si l'on considère que tout déplacement de l'utérus, toute inflammation de ses annexes retardent longtemps la défécation à cause des douleurs qui l'accompagnent, on trouvera là une application beaucoup plus simple, et facile à vérifier par les accoucheurs, de l'apparition presque exclusive de ces ulcères chroniques du rectum chez le sexe féminin,

que celle qui repose sur l'hypothèse très invraisemblable d'une infection à la suite de rapports contre nature.

Cette manière de voir ouvre en outre la voie à une prophylaxie rationnelle. S'il était constaté que la rétention chez la femme des matières fécales engendre non seulement des catarrhes du rectum, mais des ulcérations et rétrécissements graves et souvent mortels, l'évacuation régulière du rectum préviendrait efficacement la production de ces ulcères. Ceux-ci cesseraient de faire partie des symptômes déjà si complexes des affections syphilitiques et seraient rangés à l'avenir à côté des ulcères par coprostase si fréquents du cæcum et de l'appendice vermiforme, avec tendance à la perforation et à la formation de fistules. A. Doyon.

Syphilis des organes génito-urinaires. — U. Mantegazza. Sopra un caso di fungo sifilitico del testicolo. (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, sept. 1891, p. 241.)

Homme de 29 ans, ayant eu 3 ans 1/2 auparavant une éruption suppurante sur les jambes, mais n'ayant pas d'antécédents syphilitiques certains. Depuis un an et demi environ, un mois après un coup, le testicule gauche augmenta de volume sans changer de forme ; mais, il y a deux mois, la tumeur ayant présenté, en un point nettement limité, une saillie de consistance molle, un médecin fit une incision par laquelle il s'écoula une petite quantité de liquide puriforme mêlé de sang ; le volume du testicule augmenta encore et l'ouverture donna issue à de volumineuses granulations fongueuses, irrégulières, donnant lieu à une abondante sécrétion purulente. A l'entrée à l'hôpital, le scrotum présentait à gauche sur sa partie inférieure une ulcération de 6 à 7 centimètres de diamètre, à bords nets, légèrement déprimés, par laquelle s'échappait une masse irrégulièrement conique, rosée à sa base, brunâtre à son sommet, dépassant de 7 centimètres le niveau de la peau et recouverte à sa partie la plus saillante d'une couche épaisse de tissu mortifié très adhérent ; le testicule gauche forme une tumeur de 28 centimètres de diamètre, irrégulière, de consistance fibreuse par places et semblable à celle du testicule normal en d'autres points, tumeur indolente spontanément et à la pression. Cordon spermatique uniformément augmenté de volume et indolent.

Le diagnostic présentait d'autant plus de difficultés, que l'on ne trouvait aucun antécédent certain de syphilis et que le malade avait perdu trois frères de tuberculose. Néanmoins, C. Pellizzari pensa qu'il s'agissait plutôt d'une lésion syphilitique et prescrivit, pour contrôler ce diagnostic, le traitement par les injections hypodermiques d'iodure double de mercure et de potasse et l'administration quotidienne de 2 grammes d'iodure de potassium. Au bout de 10 jours, il y avait déjà une amélioration nette ; on pratiqua alors des lavages de la tumeur avec une solution de sublimé et on appliqua une pommade à l'iodoforme. Après une nouvelle amélioration, on pratiqua le grattage de la tumeur et le malade était complètement guéri environ 3 mois après son entrée à l'hôpital.

L'examen histologique de fragments de la masse fongueuse montre la présence d'un tissu de granulation avec tendance à la formation du tissu

connectif, sans tubes séminifères, sans cellules géantes et sans bacilles. L'inoculation de ces fragments aux animaux n'est pas suivie du développement de lésions tuberculeuses. GEORGES THIBIERGE.

Syphilis tertiaire des fosses nasales. — RICARDO BOTEY. Consideraciones sobre la sifilis terciaria de las fosas nasales. (Barcelone, 1891.)

Il existe pour l'auteur quatre déformations principales du nez comme conséquence de la syphilis. Les deux premières ont été décrites par le professeur Fournier : la première est constituée par un enfoncement du nez au niveau des os propres, la seconde est caractérisée par le nez en lorgnette, c'est-à-dire par une dépression plus ou moins prononcée au-dessous de ces os : il en résulte que le profil du nez prend l'aspect d'une ligne brisée et qu'un rebord saillant indique le point au niveau duquel le segment nasal inférieur a pénétré le supérieur. Quant aux deux autres déformations décrites par l'auteur, elles consistent, la première en une dépression de la portion cartilagineuse du nez, en un enfoncement, en un crochet en arrière si bien que la pointe du nez vient à la rencontre de la lèvre supérieure.

Le nez forme un angle saillant à l'union du bord inférieur des os propres avec la portion cartilagineuse ; le diamètre transversal augmente notablement à la partie inférieure du nez et les ailes du nez forment de chaque côté une convexité saillante qui fait ressembler le nez à celui d'un nègre. Dans cette variété, les narines passent de la position horizontale à une position oblique en bas : c'est le contraire précisément de celle qui se trouve dans les deux variétés précédentes décrites par M. Fournier. Cet auteur a parlé incidemment de cette déformation, ne la regardant pas comme fondamentale et il la désigne sous le nom de nez de perroquet.

Comme il n'existe pas d'enfoncement au niveau des os du nez, on ne trouve pas de rebord à leur extrémité inférieure et il n'y a aucune apparence de pénétration de segments nasaux. Quant à la quatrième variété de déformation nasale syphilitique, elle représente un enfoncement de tout le nez, depuis la pointe jusqu'à la base. Il existe une forte dépression au niveau de la portion osseuse comme dans la première de ces quatre variétés, le segment inférieur étant en outre appliqué contre la face. En d'autres termes, il semble qu'il n'existe plus de nez : son relief a disparu. On voit seulement une légère éminence qui surmonte la lèvre supérieure et de chaque côté de laquelle on en voit deux autres un peu plus accusées qui représentent les ailes. Cette variété n'est que la combinaison de la première et de la troisième variétés. Dans les deux déformations décrites par l'auteur, la lèvre supérieure est déprimée à son bord adhérent et sa surface externe paraît plus convexe et plus saillante que dans les deux variétés décrites jusqu'ici. L'auteur aborde ensuite le mécanisme de production de ces déformations. La raison en est dans le point qu'attaque la nécrose spécifique : il en résulte soit une luxation de l'extrémité postérieure de la sous-cloison sur la partie osseuse, d'où séparation de cette voûte du vomer; soit une luxation en bas et en arrière de l'extrémité antérieure du cartilage qua-

drangulaire sur le vomer. La rétraction cicatricielle et le manque de point d'appui expliquent alors comment la pointe du nez se rapproche de la lèvre. L'auteur a pu suivre en clinique le développement de ces lésions et il le produit sur le cadavre en séparant au bistouri tous ces points d'union ou mieux en enlevant toute la portion antérieure du cartilage de la cloison. Il en résulte ainsi la troisième variété. Quant à la quatrième, elle est produite par une destruction des os propres et de la moitié antérieure du cartilage de la cloison. L'auteur aborde ensuite le diagnostic de la syphilis nasale tertiaire, souvent confondue avec l'ozène puis avec les tumeurs malignes, avec la tuberculose et le lupus, et il arrive au traitement. Il est nécessaire, d'après lui, d'associer le mercure à l'iodure de potassium. Le traitement local est le suivant : les ulcérations sont cautérisées avec une solution à 5 0/0 de sublimé dans un mélange à parties égales d'eau et d'alcool. Lavages antiseptiques en ajoutant à la solution 1 0/0 de chlorure de sodium ; raclage des végétations et extraction des os nécrosés. Insufflations de poudre d'iodoforme que l'auteur préfère au salol, à l'aristol, etc. Il essaye aussi les insufflations de tétraborate de soude qui lui ont donné les meilleurs résultats dans le traitement des otites moyennes suppurées.

Paul Raymond

Syphilis de l'oreille. — R. Botey. Un caso de sifilis del laberinto. (*Gaceta medica catalana*, 1892, 129.)

Femme de 24 ans, prise brusquement de bourdonnements violents, de bruits de jets de vapeur accompagnés de vertiges, puis d'une diminution notable de l'ouïe du côté gauche. Cette surdité s'accentue et l'état de la malade est le suivant : l'oreille externe est indemne de même que l'oreille moyenne ; le bruit d'une montre appliquée contre l'oreille ou sur le crâne n'est pas perçu du côté gauche et il existe moins affaibli du côté droit. Le diapason appliqué sur le vertex n'est aussi perçu que du côté le moins malade, il ne donne à gauche qu'une sensation de trépidation tactile. On pouvait en ces conditions penser à une affection de l'appareil de perception des sons. Les trompes sont perméables et la douche d'air n'améliore en rien l'audition ; le nez et le pharynx nasal sont sains : les expériences de Rinne et de Gellé sont seulement positives du côté droit. Le diagnostic fut donc : affection labyrinthique. L'auteur discute la possibilité d'une lésion cérébrale, bulbaire, des noyaux ou des racines du nerf auditif et il arrive à cette conclusion qu'il s'agissait bien d'une lésion labyrinthique. Après avoir passé en revue les différentes causes qui pouvaient avoir déterminé cette affection : congestion, anémie, hémorrhagie, inflammation, suppuration, néoplasie, infiltration, etc., l'auteur se rattache à l'hypothèse d'une infiltration syphilitique en tenant surtout compte des caractères des bruits des oreilles, dénotant une altération si grave de l'ouïe survenue en aussi peu de temps sans lésion apparente de la caisse et en se fondant sur la disparition de la perception du diapason survenue en trois semaines au maximum. Cette femme était en effet syphilitique. Sans grand espoir d'obtenir la guérison d'un cas aussi grave, l'auteur institua le traitement employé chez le professeur Politzer à Vienne : injections sous-cutanées de pilocarpine à 1 pour 100, injec-

tions quotidiennes dans la caisse, au moyen d'un cathéter, d'une solution d'iodure de potassium, application d'un vésicatoire sur l'apophyse mastoïde et pansement à la pommade iodoformée. Traitement spécifique énergique. Dès le quatrième jour, amélioration ; un mois après, l'audition était presque normale. Il s'agit là, dit l'auteur, d'un cas extrêmement rare : il n'existe en effet dans la littérature qu'un très petit nombre de cas de ce genre suivis de guérison : en effet, la plupart des processus syphilitiques du labyrinthe conduisent fatalement à une surdité incurable : cette observation démontre donc la possibilité d'obtenir la guérison dans les premières semaines après le début de la maladie. PAUL RAYMOND.

Traitement par les injections sous-cutanées. — VAN HAREN NOMAN. Erfahrungen über die Anwendung des Hydrargyrum oxydatum flavum zur Behandlung der Syphilis. (*Weekbl, van et Nederl. Tijdschr. voor Geneesk* 1891, n° 16 et *Therap. Monatshefte*, 1891, p. 544.)

L'auteur a traité 231 malades avec les injections d'oxyde jaune de mercure, voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Ce traitement lui a donné des résultats avantageux et sûrs ;

2° Le meilleur véhicule est la vaseline liquide et l'huile d'olive ;

3° Dans la plupart des cas récents, il est préférable d'employer un mélange de 1 sur 20 ; avec une injection de 1 c. c., on introduit 50 milligr. d'oxyde jaune. Dans les cas pressants, par exemple dans l'iritis syphilitique aiguë, etc., il peut être utile d'employer d'abord un mélange de 1 sur 10, ou ce qui est préférable, de faire en même temps deux injections avec le premier mélange au lieu d'une. Dans les cas légers au contraire, par exemple de récidives isolées, on peut se borner à injecter de 25 à 30 milligr. ;

4° Il faut pratiquer une injection chaque semaine. S'il survient de la stomatite ou d'autres phénomènes d'intoxication, il faut espacer les injections ;

5° Pour une cure, trois à quatre injections à 100 milligr., ou six à sept à 50 milligr. suffisent la plupart du temps ;

6° Avec l'emploi d'injections à 50 milligr. en un mélange de 1 sur 20, les réactions douloureuses sont très faibles, et avec les précautions nécessaires, on peut éviter les abcès ;

7° Enfin, l'auteur recommande les soins de propreté de la bouche, ce qui empêche le plus souvent la stomatite. A. DOYON.

— L. JULLIEN. Du traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique. (*Gazette des hôpitaux*, 3 mars 1892, p. 247.)

M. Jullien a employé la succinimide mercurique en pilules de 2 à 3 centigrammes, à la dose de 2 par jour ; ces pilules étaient très bien supportées, et il n'y a pas eu de stomatite, malgré la dose relativement considérable ingérée.

Il a fait des injections avec une solution contenant 20 centigrammes de succinimide pour 100 grammes d'eau, et a injecté 1, 2 et 2,5 milligrammes; la

solution est incolore, parfaitement limpide et ne produit aucun trouble local ou général ; mais il est indispensable que la succinimide soit pure et préparée en faisant agir le gaz ammoniaque sur l'acide succinique anhydre ; lorsque la préparation est impure, il se produit des phénomènes d'irritation locale et des troubles généraux.

La succinimide mercurique cause rarement de la gingivite : elle produit parfois la diarrhée, mais la suppression du médicament la fait cesser. Cette substance, en injections hypodermiques, amène la disparition des manifestations syphilitiques plus rapidement que le traitement par les pilules. Elle peut être employée avec avantage toutes les fois où, les malades acceptant le principe des injections, on a des raisons, en particulier les altérations du rein, pour rejeter les sels insolubles qui sont pour l'auteur la méthode de choix. GEORGES THIBIERGE.

— LINDEN. Undersökningar rörande qvicksilfrets resorption och elimination ur menniskokroppen, hufvudsakligen efter injektioner af Hydrargyrum salicylicum. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar*, mars 1892, p. 191.)

L'auteur a injecté de 5 à 10 centigrammes de composés mercuriels mélangés à 10 parties de paraffine ; les injections faites dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans les muscles n'ont généralement produit qu'une irritation modérée et jamais d'abcès. La résorption du mercure s'est manifestée par la salivation qui est apparue souvent 1 ou 2 heures après l'injection, ou par de rapides modifications dans les symptômes, mais il n'y a jamais eu de symptômes d'hydrargyrie, quoique le traitement ait souvent été de longue durée.

La recherche du mercure dans les urines a été faite au moyen de l'électrolyse, par la méthode d'Almen modifiée par Schillberg. Le mercure est apparu dans l'urine, au bout de 2 heures à 2 heures 1/2, c'est-à-dire dans le temps nécessaire à la sécrétion de 300 centimètres cubes d'urine; la quantité de mercure contenue dans les urines augmente ensuite rapidement dans les 12 premières heures, reste la même pendant le premier et le deuxième jour, puis diminue rapidement et devient très minime ou même tout à fait nulle; ordinairement, l'élimination persiste jusqu'à la fin de la première semaine ou au commencement de la deuxième semaine.

Après des injections répétées, la quantité de mercure contenue dans les urines s'accroît rapidement jusqu'aux 3e et 4e jours, puis elle diminue peu à peu vers la fin de la 1re semaine et pendant la suivante ; pendant la 3e et la 4e semaines, où on ne trouve plus de mercure dans les urines après une injection unique, on en rencontre en petite quantité à la suite d'injections multiples ; après 2 mois, on n'en trouve plus de traces.

A la suite de frictions, le mercure apparaît plus tardivement dans l'urine, de même qu'après le traitement par la voie gastrique.

GEORGES THIBIERGE.

— Eich. Die Behandlung der Syphilis mittelzt intramusculären. Injectionen von Quecksilbersalicylat. (*Therapeutische Monatshefte*, 1891, p. 422.)

L'auteur a employé le salicylate de mercure, soit le sel neutre, soit le sel basique, en injections intra-musculaires, dans le traitement de la syphilis. 175 cas ont été traités avec le sel neutre et 201 avec le sel basique. Il a injecté le salicylate en suspension dans la paraffine, d'après la formule suivante :

Salicylate de mercure. . . . . . 1 gr.
Paraffine liquide. . . . . 10 gr.

Ces injections ont été faites avec toutes les précautions antiseptiques usitées aujourd'hui. Ces injections ne provoquent pas de douleurs ou des douleurs tout à fait insignifiantes. Il en a été ainsi sur 2,049 injections qu'il a faites avec les deux préparations, à 376 malades, parmi lesquels il y avait 236 femmes. Chaque fois il injectait une pleine seringue Pravaz, contenant 0,1 de salicylate de mercure; cette injection était faite tous les 8 jours, une fois dans la région fessière droite et la semaine suivante dans la région fessière gauche. Pour le mercure salicylé neutre, il s'en est tenu pendant la période d'essai, à ce mode d'administration. Avec le sel basique, les 78 premiers malades reçurent la même dose, mais la dose fut doublée pour les 128 cas suivants. L'auteur injectait deux fois par semaine 0,1 et même dans certains cas 0,15, sans inconvénients appréciables. Eich continuait les injections jusqu'à disparition des accidents syphilitiques. Avec le salicylate neutre de mercure, 4 à 5 injections étaient nécessaires, elles correspondent de 0,16 à 0,21 de mercure. Dans quelques cas, il fut obligé de faire jusqu'à 21 injections. Pour le salicylate basique de mercure, la moyenne des injections fut de 5 à 6, on les pratiquait deux fois par semaine. Ici aussi, il observa des cas dans lesquels, avec des doses élevées, 10, 13, 14 et même un plus grand nombre d'injections, on ne faisait pas disparaître les accidents.

Avec la plupart des injections il se produisait, au point injecté, une légère induration, sans rougeur ni tuméfaction, qui disparaissait toujours au bout de quelques jours, sans médication. Sur les 2,049 injections, il n'est survenu qu'une fois un abcès. Chez les 175 malades traités avec le sel neutre, il n'a jamais observé de stomatite. Après les injections avec le sel basique, il a constaté dans 10 cas une stomatite légère; ces malades faisaient partie du groupe de ceux auxquels on avait injecté deux fois par semaine, 0,1 de salicylate de mercure. Il y a, sous ce rapport, une différence à l'avantage de ce sel sur l'huile grise, avec laquelle l'auteur a observé des inflammations de la bouche dans 19 0/0 des cas et Bender, à la clinique de Bonn, dans 33 0/0. Avec le salicylate la guérison est plus rapide qu'avec toutes les autres préparations de mercure, mais, par contre, les récidives sont en général très précoces et d'ordinaire graves. La raison en serait dans la résorption facile du salicylate de mercure qui étant rapidement éliminé, ne peut pas avoir une action assez durable.

Jamais il n'a vu de phénomènes d'intoxication du côté des voies digestives. Le salicylate de mercure (sel neutre) a une action favorable sur la nutrition, le poids du corps augmenterait en général plus qu'avec les autres préparations mercurielles.

Eich arrive, par ses recherches, à la conviction que le salicylate de mercure a, dans la plupart des cas, une action énergique et rapide, mais que dans un nombre de cas relativement élevé, il est tout à fait insuffisant, et en outre que l'huile grise, notamment, a une influence plus grande et plus sûre que le salicylate de mercure. Aussi l'auteur emploie-t-il de nouveau l'huile grise à 50 0/0, recommandée par Lang.

L'auteur, en terminant, résume les observations qu'il a faites avec le salicylate de mercure, dans les propositions suivantes :

1° Il n'y a pas de différence essentielle entre l'action thérapeutique du sel neutre et du sel basique ;

2° Le salicylate de mercure est un antisyphilitique, dont le mode d'emploi est très commode comparé surtout à celui de l'huile grise ;

3° Les injections ne sont pas douloureuses ;

4° Il ne détermine pas de phénomènes d'intoxication. Il a une influence favorable sur l'état général ;

5° Son action antisyphilitique est d'ordinaire prompte. Toutefois, il est un certain nombre de cas dans lesquels il échoue. On doit alors lui préférer d'autres préparations, surtout l'huile grise ;

6° La durée moyenne du traitement est plus courte qu'avec les autres antisyphilitiques (27 jours) ;

7° Il est préférable de faire chaque semaine, deux injections avec 0,1 décigr. de salicylate de mercure ;

8° Le nombre des injections est de 7 en moyenne ;

9° Son action n'est pas durable. Les récidives sont très nombreuses après son emploi (plus de 30 0/0), elles surviennent de bonne heure et sont en général graves. A. Doyon.

Mercure. Son action sur la Syphilis. — C. Pellizzari. Dell'azione del mercurio nella sifilide. (*La Riforma medica*, 17 et 19 octobre 1891, p. 133 et 145.)

Le mercure n'agit pas, dans le traitement de la syphilis, en qualité de parasiticide : les doses auxquelles on l'administre ne permettent pas de supposer qu'il existe dans le sang en proportions assez considérables pour jouir de propriétés parasiticides, et, lorsqu'on emploie seulement des préparations appliquées localement sur des lésions syphilitiques, quoiqu'elles soient employées à doses bien plus élevées, elles ont une action moins rapide et surtout moins énergique que le traitement interne ; de plus, si le mercure agissait comme parasiticide, il devrait au moins pendant un certain temps prévenir le développement de nouvelles manifestations syphilitiques, et cela n'est pas ; quelle que soit la méthode de traitement employée, la proportion des syphilitiques atteints d'accidents tertiaires est la même. Il est certains cas dans lesquels le traitement mercuriel ne peut à lui seul amener la guérison des accidents syphilitiques, ce

qui prouve encore qu'il n'agit pas en détruisant les germes de la syphilis.

On peut se demander si le mercure n'intervient pas en augmentant la résistance de l'organisme des syphilitiques. Il est bien plus probable qu'il agit en favorisant et en activant le processus de résolution que les tissus syphilitiques tendent à suivre naturellement. Il est certain que le traitement mercuriel a plus d'efficacité contre les lésions syphilitiques parvenues à leur période d'accroissement complet que contre celles qui sont en voie d'accroissement, et il est certain que son action se prolonge encore après sa suspension, alors même qu'il a été employé à dose faible et pendant un temps court. On peut comparer son action à celle de la lymphe de Koch qui n'agit pas sur le bacille tuberculeux lui-même, mais sur les tissus voisins, dont elle favorise la résorption. GEORGES THIBIERGE.

Absorption du mercure. — P. DE MICHELE. Il mercurio nei tessuti, richerche microchimiche. (*La Riforma medica*, 27 et 28 juillet 1891, p. 217 et 233.)

De recherches cliniques trop techniques pour trouver place ici, l'auteur conclut que, quel que soit le composé mercuriel absorbé et quel que soit son mode d'introduction, le mercure se trouve toujours dans les tissus à l'état de bichlorure; il les imbibe pour ainsi dire en se combinant intimement avec l'albumine, dont la destruction rend libre le bichlorure avec tous ses caractères chimiques; les sels au maximum restent en plus grande quantité dans l'organisme que les sels au minimum; le bichlorure, dans chaque organe en particulier, se trouve en plus grande quantité dans les régions riches en voies lymphatiques; dans les globules rouges, on n'en constate pas de traces ou seulement de très faibles traces; les organes qui en contiennent le plus sont le foie, puis le rein, puis la rate, les os, les ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux. GEORGES THIBIERGE.

Hydrargyrie. — MOUFLIER. Hydrargyrie à forme bulleuse. (*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, décembre 1891, p. 377.)

Observation d'un homme de 45 ans, atteint d'orchite traumatique, qui, après s'être fait de larges frictions d'onguent mercuriel belladoné répétées 3 ou 4 fois par jour, fut pris de frissons, de tremblements, et d'une éruption composée de taches rouges auxquelles succédèrent de larges bulles remplies de sérosité; cet exanthème débuta sur la partie inférieure de l'abdomen et la face interne des cuisses, puis gagna la poitrine, le dos, les épaules, les bras, la face, le cuir chevelu et en dernier lieu les membres inférieurs. L'éruption dura 10 jours et fut excessivement douloureuse.

GEORGES THIBIERGE.

NOTES DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE PHARMACOLOGIE DERMATOLOGIQUES

Par F. VIGIER.

1re Note.

Des huiles ou essences de bouleau.

Le bouleau, *betula alba*, pousse abondamment dans la Russie septentrionale et en Lithuanie, son écorce fournit à la distillation une huile empyreumatique ou *goudron de bouleau.*

Ce goudron de bouleau spécialement préparé en Russie est désigné sous les noms de *Degutt* ou *Dugett* et s'emploie en médecine humaine et vétérinaire sous les noms de *Oleum Betulinum*, *Oleum Rusci*, *Oleum-Russicum*, *Oleum Moscoviticum*, *Oleum Lithuanicum.*

C'est surtout dans les gouvernements de Vladimir, de Perm Viatka et de Kostroma que la fabrication de ce goudron est la plus répandue et constitue une des richesses du pays. Au mois de mai, quand l'arbre est en pleine sève, on enlève son écorce extérieure blanche, sans toucher à l'écorce rougeâtre de dessous. L'écorce reste empilée dans la forêt jusqu'en décembre. On la distille alors, à feu nu, dans de simples caisses quadrangulaires en tôle, mises en communication avec un tonneau de bois, dans lequel la condensation s'opère plus ou moins complètement. La distillation commence à un feu très modéré, puis activée peu à peu, dure environ 24 heures.

Il est très difficile de se procurer du goudron de bouleau pur, parce que sur les lieux même de sa production, on le mélange avec du goudron de conifères, dont le prix est beaucoup moins élevé.

Le goudron de bouleau, riche en produits huileux pyrogénés, conserve sa fluidité même par un froid considérable, ce qui fait que les Russes l'emploient pour graisser les essieux de leurs voitures ; il sert aussi à former des enduits imperméables pour les toitures des maisons.

A l'état de pureté le goudron de bouleau est verdâtre ; soumis à la rectification, il fournit une huile légère qui renferme environ 1/15 d'un phénol particulier possédant l'odeur du cuir de Russie et auquel ce cuir doit ses propriétés ; elle renferme en outre une forte proportion de térébène ; les dernières portions bouillant de 250° à 300° présentent des effets de dichroïsme très remarquables, elles sont d'un rouge magnifique par transmission et d'un vert foncé par réflexion.

Le goudron de bouleau ne paraît renfermer ni acides, ni alcaloïdes ; on n'y a pas trouvé non plus d'hydrocarbures benzéniques.

Actuellement, en France, le commerce de ce produit est assez considérable ; à Paris et à Cannes, dans certaines fabriques on le reçoit en fûts pétroliers de 150 kil. et en caisses d'origine. On en retire par distillation avec l'eau une première essence plus ou moins brune vendue sous le nom d'huile de bouleau ou d'essence de bouleau, elle sert surtout dans le commerce de la peausserie pour parfumer les peaux de gants, les cuirs, etc.,

et possède en effet une odeur assez agréable rappelant à la fois celle de la térébenthine et celle du bouleau.

C'était, il y a encore peu de temps, la seule essence de bouleau employée en parfumerie et pour les usages thérapeutiques.

Depuis, comme cette huile brune avait l'inconvénient de tacher et de colorer les objets qu'on voulait parfumer ; on a demandé à l'industrie de préparer une huile incolore possédant les mêmes qualités, c'est ainsi qu'en rectifiant l'huile brune par un courant de vapeur d'eau, on obtient une essence plus légère et de *couleur blonde;* par une deuxième rectification on l'obtient presque incolore, *couleur paille*, mais cette huile, disons-le de suite, est loin de posséder une odeur aussi franche de cuir de Russie et se volatilise plus rapidement que l'huile brune.

Elle est également moins riche en produits empyreumatiques ; aussi peut-on se demander si elle possède les mêmes propriétés médicales. Cependant E. Besnier la préfère dans certains cas à l'huile brune, justement parce qu'elle n'a pas l'inconvénient de colorer la peau ; c'est ainsi qu'il l'emploie en application dans diverses maladies des ongles. L'huile brune communiquant aux ongles une coloration très tenace est généralement peu goûtée par les malades,

Quant à l'action médicale de ces deux produits ce n'est pas à nous qu'il appartient de trancher la question. Nous nous contenterons de rappeler que l'essence brune contient tous les principes pyrogénés du goudron de bouleau, tandis que les essences blonde ou paille n'en renferment qu'une partie.

Dans les formules, il est donc important que les médecins indiquent *essence brune* ou *essence blonde*, afin qu'il y ait uniformité dans les préparations chez tous les pharmaciens.

J'ajouterai deux mots seulement sur une autre essence de bouleau préparée à Middleport en Pensylvanie ; pour sa préparation, on distille le bois du *betula lenta* découpé mécaniquement et macéré avec de l'eau, — on retire ainsi 0,80 0/0 d'une huile essentielle brute qui redistillée donne une essence incolore, aromatique, agréable, à saveur douceâtre ayant à peu près les mêmes caractères chimiques que l'essence de Wintergreen et servant à falsifier cette dernière qui est d'un prix beaucoup plus élevé. Elle est constituée, d'après Cahours, par de l'éther méthylsalicylique et 10 0/0 de térébène.

Cette huile essentielle ne peut donc pas être confondue avec l'essence de *betula alba*.

REVUE DES LIVRES

Horteloup. **Leçons sur l'uréthrite chronique (goutte militaire),** recueillies par le Dr Ed. Wickham, in-8° 138 p., avec une planche en couleurs. Paris, Masson, 1892.

S'il y a une affection désespérante pour le malade qui en est atteint et pour le médecin appelé à le soigner, c'est bien la blennorrhée; aussi sommes nous très heureux que M. Horteloup, qui mieux que personne était placé pour étudier cette question dans son service de l'hôpital Necker et depuis si longtemps s'est consacré au traitement des maladies des voies urinaires, ait bien voulu présenter en quelques leçons, pour les praticiens et les élèves, le résultat de sa longue expérience en la matière. Aussi bien, outre que depuis ces dernières années de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet qu'il fallait coordonner et critiquer, l'emploi plus répandu de l'uréthroscope a permis de constater de visu les lésions à traiter et a facilité l'intervention thérapeutique.

L'étude de la blennorrhée et de son traitement peut donc être faite beaucoup plus complètement qu'elle ne l'était jusqu'alors.

Mais avant d'aborder l'étude de la blennorrhée ne faut-il pas dire quelques mots de la blennorrhagie dont elle dérive et de la façon dont elle en dérive; constatons que la microbiologie et la découverte du gonocoque n'ont pas fait beaucoup avancer la question de la blennorrhagie au point de vue pratique et que la thérapeutique antiseptique de la blennorrhagie n'a pas donné les résultats qu'on pouvait espérer. En réalité, c'est encore au vieux traitement classique français qu'il faut en revenir et l'on ne gagne rien à vouloir brusquer les choses ; ou plutôt l'on sait trop ce que l'on y gagne, la goutte militaire. C'est le plus sûr résultat des traitements intempestifs, de l'emploi trop hâtif des remèdes destinés à couper l'écoulement, qui après avoir fait mine d'arrêter rapidement celui-ci, l'éternisent au contraire et le transforment en blennorrhée rebelle.

Une fois celle-ci installée, que va-t-on essayer de faire pour la guérir. Il y a tout avantage a bien connaître la situation de l'ennemi pour le mieux combattre; et cet avantage l'uréthroscope nous le donne en partie. L'uréthroscope a été inventé, comme on sait, par un chirurgien français. Désormeaux, mais comme pour beaucoup d'inventions et de découvertes françaises, ce n'est qu'après qu'il fut apprécié par les étrangers que l'on en a repris l'usage chez nous. C'est à l'uréthroscope de Désormeaux, éclairé par une lampe électrique et muni de tubes uréthraux plus perfectionnés, que M. Horteloup donne la préférence. Grâce à lui, nous allons voir comment se comporte la muqueuse uréthrale, mais non sans avoir auparavant étudié l'aspect de la muqueuse saine afin de pouvoir établir les différences. Ces transformations successives, nous pouvons facilement les suivre, en

étudiant, en même temps que la description, la belle planche en couleur due à M. Leuba et reproduisant les différents aspects de la muqueuse, d'abord rouge intense, puis siège d'érosions granuleuses et dans les cas plus intenses de plaques blanches, diphtéroïdes, infiltration embryonnaire développée dans l'épithélium de la muqueuse, enfin soulevée dans quelques cas par des nodules d'infiltration sous-muqueuse.

Dans l'uréthrite chronique les lésions sont habituellement localisées à la région profonde de la partie spongieuse et ce que l'on rencontre surtout ce sont des plaques granuleuses et des infiltrats intra et sous-muqueux. Les mêmes lésions se retrouvent dans l'uréthrite postérieure, mais l'examen de cette portion du canal est beaucoup plus difficile.

Au point de vue clinique il faut distinguer deux formes dans l'uréthrite chronique : 1° la forme catarrhale : urines troubles mucilagineuses avec filaments, c'est-à-dire portion encore considérable de muqueuse congestionnée, granuleuse et atteinte d'hypersécrétion ; 2° forme sèche, urine claire avec petits débris d'épithélium, c'est-à-dire lésions beaucoup plus limitées consistant en plaques granuleuses circonscrites et infiltrats intramuqueux. Enfin à côté de ces deux formes reconnaissables aux troubles de l'urine (expérience classique des deux verres), il y a les infiltrats profonds qui ne sont signalés que par des troubles de miction.

Quel est le traitement qu'il faut employer ? M. Horteloup ne dissimule pas que c'est là chose fort délicate et difficile. La première chose à faire est de tâter d'abord son malade, de faire un traitement préparatoire dont les prescriptions d'hygiène, quelques diurétiques, formeront la base ; puis de s'assurer s'il y a un rétrécissement et, s'il y en a un, de s'en débarrasser, et l'on aura tout avantage si la dilatation ne suffit pas, à employer l'uréthrotome à lame mousse de l'auteur ; puis, le rétrécissement détruit, de s'attaquer à l'écoulement. On aura d'abord recours aux injections (injections de Ricord ; injection de permanganate de zinc à 0,05 cent. pour 250 gr. ; de nitrate d'argent, 0,05 centig. pour 30 gr.) qui modifieront heureusement la suppuration du canal si bien que l'on se trouvera devant la seconde forme d'uréthrite, urines claires avec quelques filaments brisés, pas d'écoulement, c'est-à-dire foyers circonscrits. Pour détruire ceux-ci les instillations mais surtout avec l'usage de l'uréthroscope, les attouchements avec une solution de nitrate d'argent donnent de bons résultats. Pour l'uréthrite postérieure les instillations faites avec soin sont encore la méthode de choix ; enfin le traitement général (hydrothérapie, cure hydro-minérale) ne doit pas être négligé.

Telles sont, imparfaitement résumées, les lignes principales de ces leçons ; nous ne saurions trop en recommander la lecture, lecture rendue d'ailleurs attrayante par le style facile et élégant qui a présidé à leur rédaction. Dans cette question un peu embrouillée de la blennorrhée elles pourront servir au praticien de guide très utile et lui montrer la meilleure marche à suivre. Est-ce à dire que le succès couronnera toujours ses efforts : M. Horteloup lui-même se garde bien de l'affirmer, car il y a de ces cas qui résistent à tout ; mais le meilleur moyen de chercher à atteindre la guérison sera certainement de suivre ponctuellement les indications qu'il nous donne avec sa grande expérience et pour cela nous devons lui être reconnaissant.

H. Feulard.

P. Diday. Règlement de l'urination nocturne chez les prostatiques. Brochure in-8°, Paris, 1892, chez Asselin et Houzeau.

Experto crede Roberto, devrais-je commencer par dire de l'auteur, dans le style à emporte-pièce qui lui est familier. En ces quelques pages échappées au courant de la plume et au cours de sa mauvaise humeur, le maître lyonnais ne s'est point proposé d'indiquer le traitement qu'il convient d'appliquer aux prostatiques, mais de donner à ceux de la première période quelques conseils sur l'*urination nocturne*. Car si cette fonction s'accomplit encore convenablement alors, durant le jour, il n'en est plus de même la nuit. C'est à ce moment que commencent les rudes épreuves qui se traduisent par la dysurie, des douleurs sourdes dans la région hypogastrique, des érections nocturnes, des malaises nerveux, *des imminences rénales* qui troublent le sommeil et finissent souvent par altérer la nutrition du malheureux prostatique.

L'auteur énumère ensuite tous les moyens qui peuvent aider à la fonction défaillante et formule un véritable code; code duquel le malade, s'il le suit strictement, apprendra à uriner le *mieux possible*. Ce qu'il importe avant tout, — et sous ce rapport on remarquera combien un *homme d'expérience* tel que M. Diday, tombe d'accord avec un professeur expérimenté tel que le professeur Guyon, — ce qu'il importe avant tout, dis-je, c'est d'éviter la congestion du réseau veineux périprostatique : dans ce but, formule nettement l'auteur, il faut tâcher d'obtenir, à chaque évacuation, *la sortie du maximum d'urine au prix du minimum d'efforts*. Suivent, à cette place, des conseils dont la minutie peut paraître exagérée au premier abord, mais qui, exécutés ponctuellement, peuvent devenir la sauvegarde du malade.

Ce sont là de sages préceptes, et préceptes approfondis à tel point qu'ils sont tour à tour d'ordre physique et psychique. Si, en effet, pour uriner plus facilement, le malade est invité et initié par l'auteur, à porter sa pensée sur d'autres sujets « c'est parce que » c'est alors qu'on y pense le moins qu'on urine le mieux.

Contre cette congestion nocturne qui revient presque inévitablement, M. Diday indique les moyens qui permettront de l'atténuer et particulièrement d'éviter toute excitation génésique, même celles d'ordre simplement moral.

A ces sages avis que nous ne saurions trop recommander aux prostatiques, nous n'en ajouterons qu'un seul que nous avons bien souvent entendu répéter, et volontairement répéter jusqu'à satiété par M. le professeur Guyon : « Monsieur, promenez votre prostate ». J'ai toujours vu pour ma part ce conseil du maître, consciencieusement exécuté, être suivi du meilleur résultat.

Si nous avions une critique à faire, nous dirions que M. Diday s'est peut-être étendu avec trop de complaisance sur des comparaisons qui ne se rapprochent que de loin des misères des prostatiques. Mais peut-on, voudrait-on demander de s'arrêter à une plume si légère ?

Est-il nécessaire de dire que cette nouvelle production du syphiligraphe

lyonnais est écrite avec la même verve, le même souci de la forme que ses autres ouvrages ? Non, n'est-ce pas ? Il sera du reste facile à tous de le vérifier, la lecture attrayante de ces quelques pages promettant d'être aussi profitable au médecin qui a à conseiller, qu'instructive pour le pauvre patient à qui elle n'offrira que trop peu d'obscurités.

A. Doyon.

Traité de médecine, t. II, Paris. Masson, 1892. *Maladies vénériennes et cutanées*, par G. Thibierge.

La publication de ce bel ouvrage se continue régulièrement et déjà trois volumes sont mis en vente.

Dans le second figurent les chapitres réservés à la syphilis, au chancre mou et à la blennorrhagie, ainsi qu'aux maladies de la peau.

Quarante pages environ pour la vénéréologie ; cent cinquante pour la dermatologie, voilà la place dont pouvait disposer le rédacteur chargé de cette partie ; et nous n'étonnerons personne en disant que notre excellent collaborateur G. Thibierge s'est acquitté de cette tâche fort difficile, faire court et complet, avec les qualités de clarté et de précision qu'ont pu maintes fois apprécier les lecteurs de ce journal.

Le plan qu'il a adopté pour l'étude des dermatoses est parfaitement rationnel et facile à suivre ; un premier grand groupe comprend les *maladies parasitaires ;* d'abord les maladies parasitaires d'origine animale (chap. I) ; puis les affections cutanées produites par des champignons parasites, parmi lesquelles l'auteur n'hésite pas à ranger la pelade, à côté de la trichophytie, du favus, du pityriasis versicolore et de l'érythrasma (chap. II) ; enfin les dermatoses produites par des parasites microbiens (tuberculose cutanée, lupus vulgaire et lupus érythémateux, lèpre, impétigo et ecthyma) composent le chapitre III. Dans un deuxième groupe figurent les *difformités cutanées*, l'ichtyose et le lentigo ; dans le troisième les *dermatoses de causes complètes ou insuffisamment déterminées*, érythèmes, purpura, prurit et prurigo, urticaire, pityriasis, psoriasis, eczéma, herpès, zona, lichen, pemphigus, vitiligo, sclérodermie, xanthome, molluscum, acné et enfin les troubles de la sécrétion sudorale. Rien n'a été oublié ; les développements donnés à chaque chapitre sont bien proportionnés (on n'en pourrait pas toujours dire autant de toutes les autres parties du Traité de médecine) ; bref il ne faudrait qu'un changement de pagination et de titre pour que M. Thibierge puisse présenter son travail au public pour ce qu'il est réellement, c'est-à-dire un véritable traité de dermatologie pratique.

H. Feulard.

Ch. Burlureaux. — **La pratique de l'antisepsie dans les maladies contagieuses et en particulier dans la tuberculose.** In-12°, 274, p., Paris. J.-B. Baillière, 1892.

Les lecteurs des Annales n'ont pas oublié les intéressantes communications faites à la Société de dermatologie et de syphiligraphie par M. Bur-

lureaux, sur le traitement des affections tuberculeuses, les tuberculoses ganglionnaires notamment, par les injections hypodermiques d'huile créosotée à hautes doses. C'est l'exposé complet de la méthode, avec observations à l'appui, qui forme la partie principale du livre que vient de publier M. Burlureaux. Mais à côté de ses recherches personnelles sur ce point, l'auteur a tenu à passer en revue les divers traitements antiseptiques que l'on peut opposer à ces maladies dont le progrès de nos connaissances augmente chaque jour le nombre et dont la cause réside dans une transmission d'un homme ou d'un animal malade à un homme ou à un animal sain.

Fermement convaincu de la puissance de la thérapeutique antiseptique et du pouvoir préventif d'une hygiène bien entendue, M. Burlureaux veut que l'on envisage et que l'on traite les maladies contagieuses comme si elles avaient une porte d'entrée extérieure, c'est-à-dire comme si elles étaient primitivement locales ; et attire tout particulièrement l'attention des praticiens sur la période locale et le traitement local de ces maladies avant qu'elles se soient généralisées et relèvent alors surtout d'un traitement général, parfois alors impuissant ; la diphtérie, depuis les beaux travaux de ces derniers temps peut être considérée comme le type de ces maladies. Le devoir du médecin est « de chercher dans toutes ces maladies contagieuses la porte d'entrée et la durée plus ou moins saisissable de la période locale, de concentrer tous les efforts de l'intervention sur cette porte et sur cette période en s'ingéniant à trouver, pour chaque maladie à sa période locale, l'antisepsie qui lui convient le mieux et surtout les moyens mécaniques qui permettent le mieux d'enlever au fur et à mesure de sa production, l'agent morbigène ou les produits toxiques qu'il sécrète ; enfin de considérer les maladies contagieuses comme très peu diffusibles, comme véhiculées le plus souvent par un intermédiaire autre que l'air atmosphérique ». Aussi est-ce surtout contre les sécrétions morbides et les excrétions du malade que doit être dirigée l'antisepsie à titre préventif ; ainsi l'on restreindra de plus en plus la diffusion des maladies *évitables* en attendant, ce qui n'est pas théoriquement impossible, leur disparition complète. Parmi les chapitres de ce livre, nous signalerons surtout comme rentrant plus particulièrement dans notre cadre ceux qui concernent le bouton de Biskra, le chancre mou, la blennorrhagie, la furonculose, etc. On y trouvera le résumé de la pratique de l'auteur, presque entièrement observée sur les malades de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

H. Feulard.

Henry G. Piffard, assisté par Robert Fuller. — **A practical treatise on diseases of the skin.** Vol. gr. in-4°, 157 p., avec 50 planches hors texte et 33 figures dans le texte, New-York, Appleton et C°, 1891.

Ce superbe volume est plutôt, à vrai dire, un atlas des principales maladies de la peau, atlas accompagné d'un texte explicatif très précis qu'un véritable traité pratique des maladies de la peau. Aussi bien, par la richesse de son illustration l'auteur a-t-il voulu surtout parler aux yeux et fixer le souvenir des maladies principales de la peau par leur représenta-

tion d'après nature. Le malheur est que, dans tout ouvrage de ce genre, si luxueusement édité qu'il soit comme celui-ci, le prix élevé de ces illustrations en limite forcément le nombre et ce n'est plus que quelques types seulement de chaque espèce morbide que le lecteur a sous les yeux. Enfin, toujours sans doute pour la même raison, les figures dans ce nouvel atlas sont seulement en noir : et si belles que soient ces reproductions photographiques (les clichés ont été obtenus, paraît-il, à la lumière artificielle que l'auteur préfère à la lumière du jour), l'absence de couleurs rend peu facile à reconnaître certaines dermatoses pour lesquelles la coloration forme un signe de première importance ; chaque fois qu'il s'agit d'une éruption peu marquée et sans relief bien appréciable (érythème, éruption provoquée par le chloral, planche I ; syphilide ou lichen plan, voire même la planche consacrée à la gale) les images se confondent un peu, se présentant sous le même aspect d'un pointillé foncé plus ou moins marqué sur le fond plus clair de la peau. En revanche, chaque fois qu'il s'agit de reproduire une lésion nettement figurée comme le psoriasis (pl. V), ou même l'eczéma séborrhéique du dos que l'auteur dénomme *sudolorrhœa*, le procédé blanc et noir donne des résultats très satisfaisants ; il triomphe tout à fait dans la représentation des lésions en relief (lèpre, lupus, syphilis héréditaire, molluscum, kéloïde, favus avec une excellente petite figure de souris faveuse, ichtyose, psorospermose) et surtout dans les lésions avec décoloration et opposition de couleurs (vitiligo et surtout pelade).

Quoi qu'il en soit, le très beau livre de M. Piffard a sa place toute marquée dans les bibliothèques des dermatologistes qui posséderont ainsi de remarquables reproductions d'après nature de plusieurs des principaux types cutanés ; les débutants y trouveront de plus un résumé très clair et précis de nos connaissances actuelles en dermatologie, rendu essentiellement pratique par le soin qu'a eu l'auteur, de parti pris, de laisser de côté les discussions théoriques et les recherches histologiques encore peu assurées, et d'ajouter à la suite de la description clinique de la maladie un petit aperçu thérapeutique.

H. Feulard.

IIe CONGRÉS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Nous rappelons que ce **Congrés** aura lieu à Vienne du 5 au 10 septembre ; nous prions ceux de nos confrères qui désireraient faire partie du congrès d'envoyer leur adhésion et le titre de leur communication le plus tôt possible à M. le Dr FEULARD, à PARIS, *Hôpital Saint-Louis*, qui se chargera de les transmettre au comité d'organisation.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

TRAVAUX ORIGINAUX



DES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LES ALOPÉCIES DE LA KÉRATOSE PILAIRE ET LES ALOPÉCIES DITES SÉBORRHÉIQUES.

Par **L. Brocq.**

(Communication à la *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.*)

J'ai l'honneur de présenter à la Société un petit malade atteint d'ichtyose légère, de kératose pilaire commençante, assez accentuée, et d'une alopécie en clairières du cuir chevelu. Certes au premier abord ce cas semble banal. En effet, depuis longtemps déjà, on a noté que certains sujets atteints d'ichtyose ont les cheveux assez rares, mais on n'est jamais entré dans des détails précis sur ce point particulier, et presque toujours il s'agit alors d'ichtyose intense, tandis que notre petit malade n'a qu'une ichtyose légère. D'autre part, depuis les recherches de Taenzer sur l'ulérythème ophryogène, depuis les travaux de Lailler, de Luce, d'Hallopeau, d'Arnozan, de E. Besnier, etc., sur l'aplasie moniliforme, depuis mes diverses publications sur les alopécies de la kératose pilaire, on sait que les cheveux peuvent être plus ou moins intéressés dans cette dernière affection. Mais on ne sait pas encore avec toute la précision désirable comment ils sont intéressés, quelles variétés diverses d'altérations ils peuvent montrer, et d'ailleurs les relations entre l'alopécie et l'état ichtyosique kératosique des téguments ne sont pas tellement évidentes dans le cas actuel qu'il soit inutile de vous le présenter, de le discuter, et de vous demander votre avis à son égard.

Voici le fait :

André O..., âgé de 3 ans, nous est conduit en avril 1892 à notre consultation de l'hospice La Rochefoucauld. Comme antécédents héréditaires son père et une de ses tantes sont morts de tuberculose pulmonaire. Sa mère, bien constituée, n'offre rien de notable, sauf une légère desquamation sèche du cuir chevelu sans la moindre altération des cheveux. Depuis son tout jeune âge l'enfant a eu sur le cuir chevelu une couche assez épaisse et adhérente de crasse que la mère n'a jamais essayé d'enlever par un sa-

vonnage : à 6 mois il aurait eu un eczéma. C'est surtout entre 12 et 18 mois que l'état actuel de la peau est devenu apparent.

Les cheveux, d'un blond assez clair, sont rares, clairsemés sur toute la partie supérieure de la tête. Cette alopécie assez marquée est disposée en clairières et occupe tout le vertex, s'arrêtant en arrière à 3 centimètres environ de la région postérieure du crâne, en avant à 1 centimètre de la limite antérieure du cuir chevelu, sur les parties latérales au niveau des régions temporales. Elle est surtout accentuée au niveau de la ligne verticale qui passe par les deux oreilles. Le cuir chevelu, quand il n'est pas soigneusement nettoyé, est recouvert d'une desquamation blanchâtre, sèche, assez abondante et adhérente ; il est légèrement rosé. Quand il a été bien nettoyé il présente de petites plaques alopéciques, formant clairières, au niveau desquelles il semble être atrophié, comme cicatriciel, un peu déprimé. Il n'est d'ailleurs nullement sensible ni spontanément, ni au toucher, et n'est le siège d'aucune démangeaison. Quand on essaye de le plisser on le voit se rider en une multitude de points comme le fait une peau un peu atrophiée, la peau sénile par exemple. Les petites plaques alopéciques dont nous venons de parler ne présentent pas de duvet perceptible à l'œil nu ; leur surface est par places comme criblée d'orifices minuscules.

Tout autour de ces sortes de clairières se voient des poils grêles un peu frisottants, nullement annelés, qui se détachent sans le moindre effort et paraissent atrophiés, ils sont à bulbe plein ; par contre il en est d'autres, tout à fait voisins, qui présentent leur adhérence, leur longueur et leur volume normaux. Dans certains follicules on en trouve un atrophié et un deuxième normal. Autour de ces îlots alopéciques se voient par places des lésions constituées par de petites saillies rosées portant à leur centre une croûtelle minuscule, et ressemblant à des éléments d'acné à peine marqués, ou mieux d'eczéma séborrhéique circiné : en effet en certains points ces lésions se groupent et ont de la tendance à former des circinations incomplètes, les unes sans croûtes appréciables, les autres avec des croûtes jaunâtres qui rappellent tout à fait les croûtes de l'eczéma vulgaire.

La disposition alopécique en clairières que nous venons de mentionner se trouve surtout marquée vers les extrémités du diamètre transverse de la zone atteinte : on y voit des plaques de 7 à 8 millimètres de diamètre, au niveau desquelles le cuir chevelu est blanchâtre, comme atrophié, et autour desquelles se voient des sortes de traînées rosées prouvant que le processus morbide est en pleine activité à leur niveau.

Sur les parties latérales du cuir chevelu on ne trouve que de la desquamation fine, sèche, avec rougeur très légère du derme, et conservation des follicules pileux ; cependant en certains points, comme vers l'oreille gauche, on voit des lésions qui rappellent l'eczéma séborrhéique circiné.

La peau du tronc donne à la main une sensation de sécheresse marquée : elle est recouverte de squames pityriasiques minuscules ; par places elle offre des lésions de grattage ; il en est de même pour le cou et les épaules où se trouvent des placards eczématiformes développés par la pression des bretelles du corset. Aux régions postérieures et latérales des bras se voient des éléments nombreux et fort accentués de kératose pilaire rouge.

La face palmaire des mains est rugueuse, sèche, cornée ; les plis naturels y sont fort exagérés. Les ongles se cassent facilement.

Sur les membres inférieurs et surtout sur les jambes vers leur face externe existent des lésions très marquées de kératose pilaire rouge, de la desquamation furfuracée, et de la sécherasse des téguments tenant à un léger degré d'ichtyose.

Les joues sont d'un rouge vif et présentent des sortes de craquelures de l'épiderme sans qu'il y ait jamais eu de suintement.

On donne à l'enfant à l'intérieur de l'arséniate de soude et de la pilocarpine, on lui fait des onctions sur le corps avec du glycérolé salicylique au 30e ; on lui fait savonner le cuir chevelu pour le nettoyer et on lui fait appliquer une pommade au soufre et à l'acide salicylique.

11 mai. Le traitement a considérablement amélioré le corps et les membres. L'ichtyose n'est pour ainsi dire plus apparente, et une grande quantité des grains de kératose sont affaissés, décolorés et ont presque disparu. L'état du cuir chevelu n'est par contre que fort peu modifié, aussi lui donne-t-on pour cette région une pommade à l'huile de cade et à l'oxyde jaune d'hydrargyre.

Le 18. Le résultat obtenu par cette dernière médication est excellent. Le cuir chevelu est presque blanc : on ne trouve plus que quelques rougeurs disséminées çà et là. La peau est mobile sur les parties profondes : seulement quand on la plisse en la mobilisant on voit que l'épiderme se ride, présente une surface brillante et est encore en état de desquamation.

Fin mai et commencement de juin l'enfant a la rougeole, et pendant cette période on suspend tout traitement. Aussi l'affection reparaît-elle. Le 22 juin on recommence la médication : le cuir chevelu a repris son aspect rouge, squameux et un peu séborrhéique.

Il est bien évident qu'il ne s'agit point ici d'une alopécie tenant à l'une des grandes affections parasitaires connues du cuir chevelu, pelade, trichophytie, favus. Les lésions n'en présentent aucun des caractères cliniques, et les examens histologiques ont été négatifs. Il est également impossible de penser à l'affection qu'a si bien décrite mon maître et ami M. le Dr Quinquaud, à ma pseudo-pelade, aux diverses alopécies à type de folliculites franchement inflammatoires et suppurées que mon excellent et très honoré maître M. le Dr E. Besnier a désignées sous le nom d'alopécies innominées, et que je me suis efforcé de classifier dans mes ouvrages.

Si l'on examine avec soin ce cuir chevelu on y remarque de la rougeur surtout en certains points ; par places il y a même eu des sortes de petits éléments pseudo-papuleux plus ou moins bien groupés rappelant l'eczéma séborrhéique circiné ; il y a de plus de la desquamation abondante, qui prend, lorsqu'on ne lave pas soigneusement la tête, un certain aspect séborrhéique, bien que les cheveux soient toujours secs. On peut donc se demander si nous n'avons pas affaire ici à de l'eczéma séborrhéique et à l'alopécie qui accompagne si souvent cette affection.

Je vois pour ma part plusieurs objections sérieuses à cette opinion. D'abord l'âge du sujet qui ne cadre pas du tout avec l'hypothèse d'une alopécie d'origine purement séborrhéique, puis la rougeur du cuir chevelu qui est plus marquée que celle que l'on a l'habitude de voir dans un eczéma séborrhéique sec, assez fruste pour ne donner lieu ni à du suintement ni à la moindre démangeaison, enfin la forme même de l'alopécie qui ne répond pas tout à fait à l'aspect typique de l'alopécie dite séborrhéique pure.

Je sais bien que, dans certains cas d'alopécie dite séborrhéique jusqu'à ce jour, il peut y avoir aussi cette disposition en clairières que nous observons ici : ces faits, je les connais d'autant mieux que je crois les avoir signalés le premier. Or il me semble qu'il ne sont pas simples, et que la kératose pilaire doit jouer un certain rôle dans la production de ces formes particulières d'alopécie.

Dans certains de ces cas, en effet, le cuir chevelu à un examen attentif présente de petites plaques extrêmement irrégulières de forme et d'étendue, communiquant entre elles ou tout à fait isolées, d'un blanc mat, comme déprimées, atrophiques et cicatricielles, et sur lesquelles on peut voir dans certains cas de tout petits points d'un blanc nacré de la grosseur d'une tête d'épingle, paraissant correspondre aux follicules pileux détruits ; à leur niveau le système pileux fait absolument défaut. Dans le voisinage de ces plaques on trouve des poils de diverses grosseurs, mais presque toujours il y en a encore un certain nombre qui semblent avoir le volume du cheveu normal. D'autres au contraire sont grêles, minces, plus ou moins adhérents : ils sont assez fréquemment entourés d'une toute petite saillie minuscule d'un rouge rosé rappelant fort bien les papules de la kératose pilaire des membres, mais moins saillante, moins prononcée qu'elles. Ces sujets sont tous des kératosiques, et ils portent à la partie postérieure des bras et des avant-bras qui sont absolument glabres, sans le moindre duvet, de nombreuses cicatrices blanches punctiformes, vestiges de l'évolution de la kératose pilaire. Il m'est impossible de ne pas considérer ces malades comme atteints de kératose pilaire du cuir chevelu ; ils ont de fausses alopécies séborrhéiques, bien qu'ils aient de la desquamation du cuir chevelu, parfois même de l'hyperidrose de cette région. Ils doivent être divisés en deux catégories : les uns n'ont pas de séborrhée à proprement parler : les autres ont au contraire un enduit séborrhéique vrai assez abondant.

Tout à côté des faits précédents, il y en a un second groupe dans lesquels on ne trouve pas de petites saillies rouges autour des poils de petit volume, dans lesquels il y a de la desquamation sèche du cuir chevelu, parfois même formation de croûtes graisseuses légères, et qui par ces caractères semblent bien rentrer dans le groupe dit jusqu'ici alopécie séborrhéique, mais dans lesquels on trouve encore cette

disposition si particulière de l'alopécie dont nous venons de parler : sortes de petites plaques de grandeurs variables, de 2 à 8 millimètres de diamètre, irrégulières, au niveau desquelles le derme a un aspect blanchâtre, un peu cicatriciel, quoique peut-être à un moindre degré que dans la variété précédente, et au voisinage desquelles on trouve des cheveux de divers calibres, assez souvent des cheveux en tout semblables aux cheveux normaux. Toutes les fois que j'ai observé cette variété spéciale d'alopécie séborrhéique j'ai retrouvé de la kératose pilaire des membres et parfois des sourcils. Et quand je dis que j'ai retrouvé de la kératose pilaire des membres, je ne dis pas que j'ai constaté chez ces sujets les grains rouges circumpilaires caractéristiques : il est rare en effet qu'aux membres la maladie n'ait pas déjà terminé chez eux son évolution ; il semble que dans ces cas on ait affaire à une kératose pilaire à allures assez rapides et à tendance dépilantes nettement accentuées : aussi, pour savoir si ces sujets sont des kératosiques faut-il regarder s'il y a oui ou non du duvet et des cicatricules blanchâtres déprimées, punctiformes, à la partie postérieure des bras et des avant-bras. L'alopécie totale de ces régions est un excellent indice de l'existence de cette affection.

Il est cependant un peu difficile au premier abord de faire de ces alopécies du cuir chevelu des manifestations pures et simples de la kératose pilaire, car l'élément papuleux circumpilaire caractéristique semble faire ici complètement défaut. Néanmoins nous venons de voir que l'on observe quelquefois dans ce groupe de faits, comme chez l'enfant qui est le point de départ de cette discussion, de petites traînées rouges indiquant qu'il se produit un certain travail inflammatoire lent dans le cuir chevelu, travail inflammatoire à tendances dépilantes, et qui par suite paraît être absolument du même ordre que celui de la kératose pilaire de la barbe ou des sourcils par exemple. Aussi, malgré les réserves précédentes, nous paraît-il impossible de ne pas voir dans cette forme spéciale de l'alopécie, dans cette disposition en petites clairières cicatricielles, dans cette marche lente, progressive, irrégulièrement extensive, dans cette coïncidence constante de l'alopécie kératosique des membres, autant d'arguments de haute valeur qui conduisent à penser que si la kératose pilaire n'est pas ici l'unique processus morbide dépilant, du moins il participe dans une certaine mesure au développement de la maladie.

Or le cas que j'ai l'honneur de présenter à la Société me paraît tout à fait rentrer au point de vue objectif dans le dernier groupe de faits dont je viens de parler et dont j'ai observé de nombreux exemples chez l'adulte. D'ailleurs, je le répète, le cas de cet enfant n'est pas isolé ; j'ai déjà constaté les mêmes lésions du cuir chevelu chez des enfants de 4 à 10 ans atteints d'un léger degré d'ichtyose et de kératose pilaire accentuée. Ils présentaient sur le sommet de la

tête au milieu d'une chevelure sèche, un peu rare, mais au premier abord normale, de petites plaques irrégulières alopéciques, un enduit squameux un peu séborrhéique très adhérent, et un peu de rougeur indolente çà et là disséminée. Toutes les considérations qui précèdent m'engagent donc de plus en plus à rattacher ces lésions à la kératose pilaire du cuir chevelu.

Il est relativement facile de comprendre comment il se fait que le processus morbide de la kératose pilaire ne se manifeste pas dans la grande majorité des cas au cuir chevelu par les papules circumpilaires caractéristiques. Ces papules peuvent s'y développer dans quelques cas : 1° chez les enfants en bas âge comme dans les cas d'aplasie moniliforme des cheveux qu'a réunis M. le Dr Hallopeau dans ses communications de 1891 sur cette affection ; 2° dans les cas auxquels j'ai fait allusion tout à l'heure qui jusqu'ici ont été rattachés aux alopécies séborrhéiques, et dans lesquels chez l'adulte on voit ces petites saillies se former autour des cheveux grêles et fins ; 3° chez certaines personnes atteintes de kératose pilaire accentuée des membres qui, pour une raison accidentelle, voient pendant longtemps leurs cheveux remplacés par du duvet assez fin et chez lesquels il existe de la séborrhée : c'est ainsi que chez une jeune fille de 17 ans atteinte depuis 6 ans de pelade décalvante généralisée du cuir chevelu, j'ai constaté qu'au sommet de la tête où se formait constamment un enduit séborrhéique assez abondant, il s'était développé quelques petites papules circumpilaires de kératose autour de poils grêles, frisottants, alors que sur tout le reste du cuir chevelu le derme était lisse, sans saillie aucune avec ou sans duvet imperceptible.

La kératose pilaire peut donc se manifester au cuir chevelu sous l'aspect pathognomonique de papules péripilaires ; mais il semble qu'elle ne puisse le faire que dans certaines conditions assez spéciales et encore assez mal connues : en particulier les papules ne s'y forment qu'autour de poils fins à racine peu profonde. Cela est logique, car le processus inflammatoire de la kératose pilaire étant des plus limités et des plus lents, si la papille pileuse est profondément située dans le derme, ce processus ne peut être apparent à l'extérieur, ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas. Mais, à mesure qu'il évolue, le processus remplace les poils adultes normaux par des poils plus grêles et plus superficiels ; il peut donc alors devenir apparent, soit sous forme de rougeurs irrégulières, soit sous forme de saillies rosées circumpilaires.

On sait d'autre part, par ce qui se passe aux sourcils, que les plaques alopéciques les mieux caractérisées et les plus cicatricielles d'aspect peuvent se développer dans la kératose pilaire sans qu'il y ait eu autre chose d'apparent qu'un peu de rougeur du derme et des saillies circumpilaires minuscules.

Est-ce à dire que nous voulions substituer complètement la théorie de l'alopécie par kératose pilaire aux diverses théories quelque obscures qu'elles soient qui ont été émises pour expliquer l'alopécie prématurée idiopathique et les diverses alopécies dites de la séborrhée sèche? En aucune façon : nous voulons seulement montrer pour le moment que le processus kératosique entre dans beaucoup de cas, au moins pour une certaine part, dans la production de ces alopécies. Il faudra plus tard tâcher de déterminer dans quelle proportion il intervient, ce qui, nous le reconnaissons, présente les plus grandes difficultés.

Il est à la rigueur possible que, chez certains sujets au moins, la kératose pilaire ne fasse que se surajouter à un autre processus lorsque les poils sont déjà devenus plus minces et moins profonds. Cette hypothèse expliquerait d'ailleurs comment il se fait que dans ces alopécies compliquées de kératose pilaire, on trouve plus que dans les alopécies séborrhéiques pures de gros poils, en apparence normaux, disséminés çà et là entre les petites clairières alopéciques. La kératose respecterait en effet les poils à développement complet, s'attaquerait immédiatement à ceux dont la papille deviendrait plus superficielle, et il se ferait ainsi assez rapidement une sorte de sélection aboutissant à la formation de cette alopécie en clairières si particulière avec conservation çà et là entre les plaques alopéciques de poils à développement encore complet.

C'est, avec quelques variantes, l'hypothèse que Taenzer formule pour expliquer les alopécies si spéciales qu'il a décrites sous le nom d'ulérythème ophryogènes, alopécies qu'il faut aussi très probablement rattacher à la kératose pilaire, et qu'il s'est efforcé de différencier des alopécies pityrodes vraies.

On peut donc formuler pour la kératose pilaire du cuir chevelu une des deux hypothèses suivantes : 1° ou bien le processus kératosique existe d'emblée autour des papilles profondes des cheveux normaux, mais ne devient évident que lorsque les poils normaux ont été remplacés par des poils plus grêles à papille plus superficielle, et, dans cette hypothèse, la kératose pilaire interviendrait seule pour produire l'alopécie ; 2° ou bien le processus kératosique vient se surajouter à un autre processus morbide dépilant quand celui-ci a déjà modifié les cheveux et a remplacé les papilles pileuses profondes par des papilles superficielles.

Tout ce qui précède montre combien l'histoire de la kératose pilaire est intimement liée à celle des alopécies du cuir chevelu de l'enfance, de l'adolescence et même de l'âge mûr. Il faut en tenir un compte sérieux dans l'interprétation de ces faits encore si obscurs, et, comme je l'ai dit dès 1890, s'efforcer de rechercher si cette notion ne modifie pas l'idée que l'on s'est faite jusqu'ici des alopécies dites séborrhéi-

ques et de l'alopécie prématurée idiopathique ; peut-être la participation de la kératose pilaire à ces processus est-elle une des explications de leur complète résistance au traitement et de leur évolution pour ainsi dire fatale. J'ai été heureux de voir que mon excellent et très honoré maître, M. le D[r] E. Besnier, dans sa 2[e] édition de Kaposi, voulait bien examiner ces hypothèses ; malheureusement personne encore ne nous a suivis dans cette voie. Ma communication d'aujourd'hui a surtout pour but d'attirer de nouveau l'attention des observateurs sur ce point dont l'importance théorique et pratique ne saurait être méconnue.

SUR LES CHEVEUX MONILIFORMES

(TRICHORREXIES ET MONILETHRIX)

Par **R. Sabouraud.**

I

Quand on examine les observations publiées d'altération moniliforme des poils, il est facile de se convaincre que les différentes descriptions qui en sont données ne s'appliquent pas toutes aux mêmes faits. Comme d'autre part ces altérations, assez récemment étudiées, ont été chaque fois appelées d'un nom différent par les premiers observateurs, il s'ensuit qu'on a quelque peine à démêler dans cette question les faits qui se rapportent aux mêmes processus, et ceux qui se rattachent à des types morbides différents. Si l'on examine sur ce point les travaux les plus récents, l'excellente revue de MM. Wallace Beatty et A. Scott, par exemple, à laquelle nous aurons l'occasion de faire de nombreux emprunts, on verra qu'un grand nombre d'observations sur les mêmes sujets y ont été passées sous silence. Il nous semble que si les auteurs ne croyaient pas devoir les rapporter au type nosologique, dont ils présentaient la description, il y aurait eu avantage tout au moins, à les citer, quitte à les accompagner d'une mention éliminatrice motivée. Faute de cette enquête, la confusion persiste, entretenue par la multiplicité des noms donnés à la même affection, et quelquefois par le même nom donné à des maladies différentes.

Cependant, en étudiant les recherches anatomiques et microbiennes faites par Juhel-Rénoy, Raymond, Behrend, Scott, etc , il devient facile d'établir dans le sujet qui nous occupe, une première grande classe : celle des altérations capillaires moniliformes d'origine externe, parasitaire. S'ensuit-il, parce que cette classe a son existence actuellement prouvée, que tous les cheveux moniliformes doivent leur déformation à l'action d'un parasite? En aucune façon. Et il nous semble qu'une deuxième classe a son existence tout aussi bien prouvée que la première, c'est celle des altérations capillaires moniliformes d'origine interne, ou si l'on veut, diathésique, constitutionnelle; et il faudrait vraiment torturer, croyons-nous, les observations des auteurs, pour réunir ces deux ordres d'altération dans un même groupe nosologique.

Nous admettons parfaitement avec M. Juhel-Rénoy l'existence d'un parasite, auteur des renflements nodulaires de la maladie équatoriale connue sous le nom de « la Piedra ».Nous croyons de même M.Behrend

quand il retrouve et cultive un autre microbe, cocciforme dans une deuxième mycose nodulaire des poils, le leptothrix des aisselles. Semblablement, nous admettons que dans la trichorrhexie noueuse pubienne décrite par M. Raymond, c'est un parasite qui décortique le poil, le pénètre et le dissocie, en formant au point d'évolution de sa colonie un renflement nodulaire.

Mais nous ne pouvons croire, avec M. Raymond, que la maladie congénitale, souvent héréditaire ou familiale, décrite par Walter Smith, Anderson, Hallopeau soit aussi une trichorrhexie d'origine externe et qu'il faille interpréter, dans ce cas, l'hérédité comme une épidémie de famille et une infirmité qui débute avec la vie, comme une maladie contagieuse contractée au premier âge.

Quant il s'agit d'une maladie parasitaire, un petit nombre de cas bien étudiés peuvent suffire à créer l'entité morbide. Quand au contraire il s'agit d'une maladie dont la clinique seule peut établir la nature, il faut attendre pour se prononcer, un plus grand nombre d'observations; la certitude ne reposant pas ici sur des preuves expérimentales, mais sur la seule répétition des mêmes faits dans le même ordre.

Même dans ces conditions, il faut reconnaître qu'une observation comprenant quatorze cas héréditaires et congénitaux, telle que celle d'Anderson ; ou bien celle de M. Hallopeau qui en comprend cinq, sont du nombre des faits que la clinique peut apporter comme les preuves les plus réelles de la nature vraie d'une maladie.

Après d'autres, nous allons chercher à différencier entre eux ces deux types morbides ; en mettant le plus possible en lumière leurs différences caractéristiques. Mais sur ce sujet l'obscurité et la multiplicité des dénominations ont été telles qu'il faut, avant de parler, s'entendre sur le sens exact des mots que l'on emploiera. Et c'est par une classification que nous commencerons.

II

Les mots de trichoclasia, de clastothrix, ont été employés par E. Wilson et le mot de trichoptilose (Littré) par Devergie, pour désigner divers états friables du poil. Cet état peut survenir par défaut de nutrition, comme il arrive pour les cheveux périphériques des plaques de pelade (trichorrhexie avec alopécie. *Blaschko*), ou pour les cheveux peladiques de première repousse ; soit encore par simple usure des cheveux longs ou des longs poils de moustache, surtout à leur terminaison. Il est possible que, dans la pensée de ces auteurs, ces termes aient caractérisé au début certains états morbides du cheveu, qu'on sait maintenant avoir une origine parasitaire, mais il nous semble que

ces mots et surtout celui de trichoptilose, ne doivent caractériser que le symptôme et nullement l'entité morbide : Par son origine étymologique, trichoptilose veut dire « poil ébarbé en forme de plume », état qui est aussi bien celui des poils trichophytiques, que des poils usés par un frottement mécanique quelconque.

Ces termes éliminés, il en reste plusieurs autres : celui de *trichomycose nodulaire* appliqué très justement par Juhel-Rénoy à une affection réellement mycosique, ayant un parasite végétal et moins justement par Behrend, à une affection parasitaire dont le microbe est une bactérie et non un champignon.

C'est précisément à ce groupe que le mot de *trichorrhexie* devrait selon nous être réservé, mais en y joignant le qualificatif de parasitaire, indiquant son origine externe. Ce groupe comprendrait les affections parasitaires et contagieuses dont Juhel-Rénoy, Raymond, Behrend ont commencé l'histoire; vraisemblablement il n'y a pas qu'un parasite et qu'une lésion, mais il serait facile de différencier par un mot joint à celui de trichorrhexie, la trichorrhexie spéciale dont on voudrait parler.

A côté de ces lésions moniliformes du poil, il y en a d'analogues qui correspondent à la maladie héréditaire décrite par MM. Anderson, Payne, Hallopeau, etc., que nous allons étudier. Behrend a proposé pour elle après Virchow le nom d'*aplasia pilorum moniliformis vel intermittens* que M. Hallopeau a conservé en français : aplasie moniliforme des cheveux et des poils. Le mot est long, de plus comme celui de Mc Call Anderson : « Trichorrhexis nodosa », il est hybride, formé de deux mots latin et grec. Crocker (Disease of Skin, p. 600) en a fourni un qui est beaucoup plus court, mieux formé et qui a de plus cet avantage de ne préjuger en aucune façon de la cause de la maladie. Il l'a désignée sous le nom de *monilethrix* c'est le nom que nous garderons.

Après cette discussion préalable de terminologie nous pouvons faire une courte étude symptomatique des deux groupes d'affections parasitaires et diathésique et montrer qu'elles ne doivent être en aucune façon ramenées à la même origine. En effet, elle diffèrent, par leurs causes, par leurs lésions, par leur marche, par leur pronostic, par leur traitement. Et nous ne voyons qu'un symptôme qui rapproche un groupe de l'autre, c'est que les deux ordres d'affections se caractérisent par une déformation moniliforme du poil.

(a) Au point de vue étiologique les trichorrhexies parasitaires reconnaissent pour cause des micro-organismes connus, colorables, cultivés (Lyon, Raymond). Celui de Juhel-Rénoy est un champignon, ce qui rangerait « la piedra » à côté des teignes. Celui de Behrend est un coccus, dont la colonie se fixe sur un poil préalablement desquamé, et ne le pénètre pas. Celui de Raymond pénètre le poil, c'est un diplo-

coque, ressemblant au staphylocoque pyogène mais avec cette différence très nette, qu'il ne liquéfie pas la gélatine.

De plus, les trichorrhexies ne se rencontrent guère que chez des gens peu soigneux de leur personne, ce sont des maladies dans l'origine desquelles les conditions physiques du poil, jouent vraisemblablement un rôle aussi actif que le microbe lui-même, mais, avec ces conditions de propagation, elles sont contagieuses. Pour *la Piedra* la chose est indiscutable, de même pour la trichorrhexie de M. Raymond qui a pu la rencontrer chez le mari et chez la femme. Du reste, si l'on admet l'étiologie parasitaire, la contagion médiate ou immédiate est forcément possible, puisque la maladie ne peut naître que par elle.

Dans le monilethrix au contraire, même en consultant des observations portant sur des générations successives, on n'observe jamais de contagion de mari à femme, ni entre frère et sœur, passé le premier âge, où débute la maladie. La cause vraie du *monilethrix* est inconnue, la maladie se transmet seulement par hérédité. Quelquefois une violente émotion a pu lui donner naissance (cas de Unna). Dans la presque totalité des cas la maladie est congénitale.

b) Dans les trichorrhexies parasitaires, le poil seul est atteint, son bulbe pileux et sa racine sont intacts, mais sa tige présente un ou plusieurs renflements où la cuticule a disparu, où la couche cellulaire externe est soulevée, où les fibres écartées, quelquefois rompues forment à elles seules les nodosités moniliformes. C'est dans cette partie malade que le parasite se rencontre (Raymond). Et telle est en ce point la fragilité du poil, que la plus minime traction le rompt, *au niveau du renflement nodulaire*. Dans la maladie décrite par Behrend, les poils sont moins atteints, et une simple traction ne les rompt pas. Dans la maladie de Juhel-Rénoy, c'est l'amas du parasite qui, à lui seul, forme autour du cheveu sain, un renflement.

Le cheveu du *monilethrix* est tout à fait autre. Il ne porte pas une ou deux nodosités, irrégulières, excentriques, mais une suite continue de renflements, séparés par autant de points étranglés. Nodosités et renflements sont absolument réguliers en toutes leurs dimensions ; à la longueur du poil on peut savoir le nombre de renflements et d'étranglements qu'il comprendra.

Dans les trichorrhexies, c'est le renflement qui était la partie malade, dans le monilethrix c'est l'étranglement qui est une partie atrophiée, et le nodule ne représente que le cheveu sain. Une traction qui dans la trichorrhexie rompait le poil au niveau d'une nodosité le rompt ici au niveau d'un étranglement. Jamais d'effraction, ni de dissociation fibrillaire, dans le monilethrix, et pas de parasites colorables. Du reste la déformation précède l'apparition du cheveu à la surface de la peau. Et cependant une culture faite avec la racine de ces poils, reste stérile, comme celle que l'on pratique avec la racine

d'un cheveu sain. Malgré cette absence de microbes, le cheveu à sa base est moniliforme comme dans tout le reste de sa longueur.

De plus, dans le monilethrix, il y a d'autres altérations que celles du poil. Dans ce bulbe pileux, si le stroma et la couche cellulaire de Henle sont sains, la couche de Huxley est notablement déformée, avec des surépaisseurs, correspondant aux parties étranglées du cheveu (A. Scott).

c) Le siège de la lésion varie avec la maladie. Pour Behrend, et pour Raymond, les trichorrhexies parasitaires affectionnent les régions humides, les plis de flexion, les plis génitaux.

Très ordinairement le monilethrix est localisé au cuir chevelu. Ce n'est pas à dire cependant que le système pilo-sébacé tout entier ne participe dans une certaine mesure à l'atrophie dont le maximum est au cuir chevelu. M. Vidal a fait remarquer, le premier, l'état particulier du tégument, où le système sébacé semble aussi atrophié que le système pileux.

M. Besnier et M. Brocq, ont attiré l'attention aussi sur ce fait frappant de la kératose pilaire généralisée, qui accompagne pour ainsi dire constamment le monilethrix congénital. M. Hallopeau à son tour a soigneusement mis ce point en lumière, dans l'observation de famille, déjà citée; les cas que j'apporte confirment la règle.

Jamais les trichorrhexies d'origine externe ne s'accompagnent de tels signes, indices d'un trouble général, dont le cheveu moniliforme n'est qu'un symptôme marquant.

d) Au point de vue des symptômes, aucune observation de trichorrhexie ne ressemble à une observation de monilethrix. Les cas de MM. Behrend, Raymond, veulent être recherchés, la plupart des malades ignorent l'existence de leur affection. Et c'est un examen spécial, fait à ce point de vue, qui a démontré à M. Raymond la fréquence de l'affection qu'il a décrite. Dans le monilethrix, rien de semblable, c'est une infirmité si évidente qu'elle ne saurait être dissimulée. Le malade est forcé de porter perruque. Le plus souvent les cheveux sont tellement rares qu'on croirait une pelade généralisée ou s'il reste des îlots de cheveux, un favus guéri. Il ne faut pas oublier que les premières observations ont eu pour titre : *Alopécie innominée;* l'absence apparente des cheveux étant le symptôme le plus frappant. De plus il suffit d'avoir sous les yeux, les types des poils atteints de l'affection parasitaire, et ceux de la difformité congénitale, pour nier l'identité des deux maladies.

L'un présentant irrégulièrement des bosselures latérales, et l'autre des renflements nodulaires, réguliers comme les grains d'un chapelet.

e) La marche des deux affections est ce qu'il y a de plus dissemblable dans leur double histoire. Le monilethrix est congénital. Il y a

deux ou trois observations à peine (Walter-Smith, Unna) de cas où la maladie s'est développée tardivement : une fois à l'âge de la puberté, une autre fois chez une femme adulte, à la suite d'un ébranlement nerveux. Hormis ces cas, la maladie a toujours débuté semblablement, à la naissance. L'enfant vient au monde avec des cheveux normaux. Ces cheveux tombent vers la sixième semaine ou le deuxième mois, et ne repoussent pas. Quelques cheveux rares, grêles et moniliformes prennent leur place. Le monilethrix commence donc avec la vie pour ne finir qu'avec elle. Et comme les autres difformités congénitales, le monilethrix est héréditaire, dans une plus forte proportion même, que les plus transmissibles des malformations : les doigts palmés ou supplémentaires, l'albinisme, l'hypospadias.

L'observation de Mac Call Anderson concerne quatorze membres de la même famille, celle de Payne, deux frères ; celle de M. Hallopeau cinq individus en deux générations.

L'observation que je viens de recueillir est je crois sous ce rapport la plus complète, car elle comprend dix-sept membres de la même famille en cinq générations.

(*f*) Enfin les trichorrhexies parasitaires sont guérissables, cela va sans dire, il suffit de supprimer la malpropreté causale : le monilétrix, nous l'avons vu, est permanent. Aussi est-ce un hasard d'en rencontrer un exemple à l'hôpital. Le plus souvent le patient sait son infirmité héréditaire et incurable.

Il semble évident, après ce résumé très succinct, que la confusion entre les deux groupes d'affections soit impossible. Peut-être cependant, faut-il tenir compte dans cette rapide analyse, de quelques observations moins typiques que celles auxquelles nous avons fait allusion. Peut être faudra-t-il dans l'avenir, distinguer dans les monilethrix non parasitaires, comme dans les trichorrhexies d'origine externe, des catégories diverses, que des symptômes analogues rapprochent mais que des différences encore inaperçues sépareront. Mais, cette réserve faite, il semble que les déformations moniliformes du poil appartiennent dans certains cas à une maladie parasitaire du groupe des trichorrhexies externes ; dans les autres à une malformation tenant à un trouble trophique non encore défini : monilethrix ou aplasie moniliforme.

L'observation qui suit, constituant un type de la maladie décrite par Lailler et Luce, Walter Smith et Liveing, Mac Call Anderson, etc..., maladie à laquelle Crocker a donné son nom de monilethrix, nous semble propre à éclairer la question que nous venons de résumer.

III

Le 5 juin 1892, entra dans le service de mon cher et éminent maître,

M. le Dr Besnier, une nommée Hermance G..., femme Sav... Elle était atteinte d'un ecthyma cachectique, albuminurique. Par exception elle fut admise avec son enfant, Louise, âgée de deux ans. L'enfant parfaitement bien portante, bien conformée, présentait seulement un type parfait de cheveu moniliforme. L'aspect du cuir chevelu rappelait assez celui de certaines races nègres dont les cheveux frisés très court et emmêlés, affectent le type dit *en grains de poivre*.

Interrogée à ce sujet, la mère me dit que l'enfant présentait cette infirmité depuis sa naissance, que plusieurs de ses frères et sœurs en étaient atteints pareillement. Ils la tenaient de leur père, dans la famille duquel on la retrouvait fréquemment.

Si les observations de monilethrix commencent à être nombreuses, il n'en est pas encore de même du monilethrix héréditaire. On en compte à peine trois ou quatre. Celles d'Anderson, celle de Payne, celle de M. Hallopeau.

Je fis donc venir le père et ses autres enfants, et je constatai sur eux, identiquement les mêmes lésions. Les cheveux étaient semblables chez tous, mais l'aspect du cuir chevelu différait, en ce sens que l'alopécie était presque totale, chez le père et l'une des filles, Aimée. Chez ces deux malades, il ne restait que quelques cheveux, rares, disséminés, tous moniliformes, un peu plus nombreux aux tempes. Le vertex était absolument dénudé.

Du père nous avons appris l'histoire de la maladie dans la famille, et voici les détails qu'il nous donna :

C'est à l'arrière-grand'mère de cet homme, que la tradition rapporte l'introduction du monilethrix dans la famille. S'il fallait en croire cette tradition, l'étiologie de ce premier cas, offrirait quelque ressemblance avec celle que Unna a retrouvée dans l'observation que nous venons de rappeler. Ce serait à la suite d'une violente terreur causée par un mannequin à tête chauve, que cette femme aurait perdu ses cheveux.

Toute la famille ne considère du reste cette maladie que comme une calvitie pure et simple, et la forme cependant, très facile à voir à l'œil nu, des cheveux atrophiés n'a pas attiré beaucoup son attention.

Quoi qu'il en soit, l'arrière-grand'mère passa cette difformité à son fils, grand-père maternel du malade de qui nous tenons cette histoire. Le grand-père eut sept enfants dont six présentèrent la même affection. Deux de ces enfants eux-mêmes eurent la moitié de leur postérité atteinte. Une autre fut la mère de notre malade, Antoinette S. Celle-ci eut neuf enfants dont quatre étaient chauves depuis leur naissance. L'un, notre malade, nous a fourni, aussi nombreux que nous avons pu le désirer, des cheveux moniliformes les plus typiques. Enfin cet homme lui-même a eu huit enfants, dont quatre sont des types parfaits de la même affection, et dont trois ont été examinés par moi.

Il est impossible de suivre exactement toute l'histoire de cette malformation héréditaire. On ne peut savoir quel a été le nombre exact de ceux qui ont échappé à la maladie et de ceux qui l'ont présentée, l'ordre dans lequel ils sont venus au monde, etc. Il ne m'a pas été possible davantage, de savoir si la transmission par le père s'est montrée plus nette que la transmission maternelle : les souvenirs de mon narrateur, quoique plus précis qu'on n'eut été en droit de les attendre, n'ont pas atteint au degré de perfection désirable. Il ignore si son grand-père avait des frères, et dans le nombre de ses cousins et surtout de leurs enfants, il n'a pu me donner comme certains que les renseignements transmis par l'arbre généalogique ci-joint, page 789.

J'ai cherché en vain un cas d'atavisme dans toute cette série familiale, ce qui eut été pour l'hypothèse de l'hérédité un argument de haute valeur. Mais il paraît que quand un individu a échappé à l'infirmité, aucun de ses propres enfants n'y a présenté de retour. Malgré l'absence de cet argument, il me semble vraiment impossible de discuter sérieusement dans l'étiologie de l'affection une autre thèse que celle de l'hérédité.

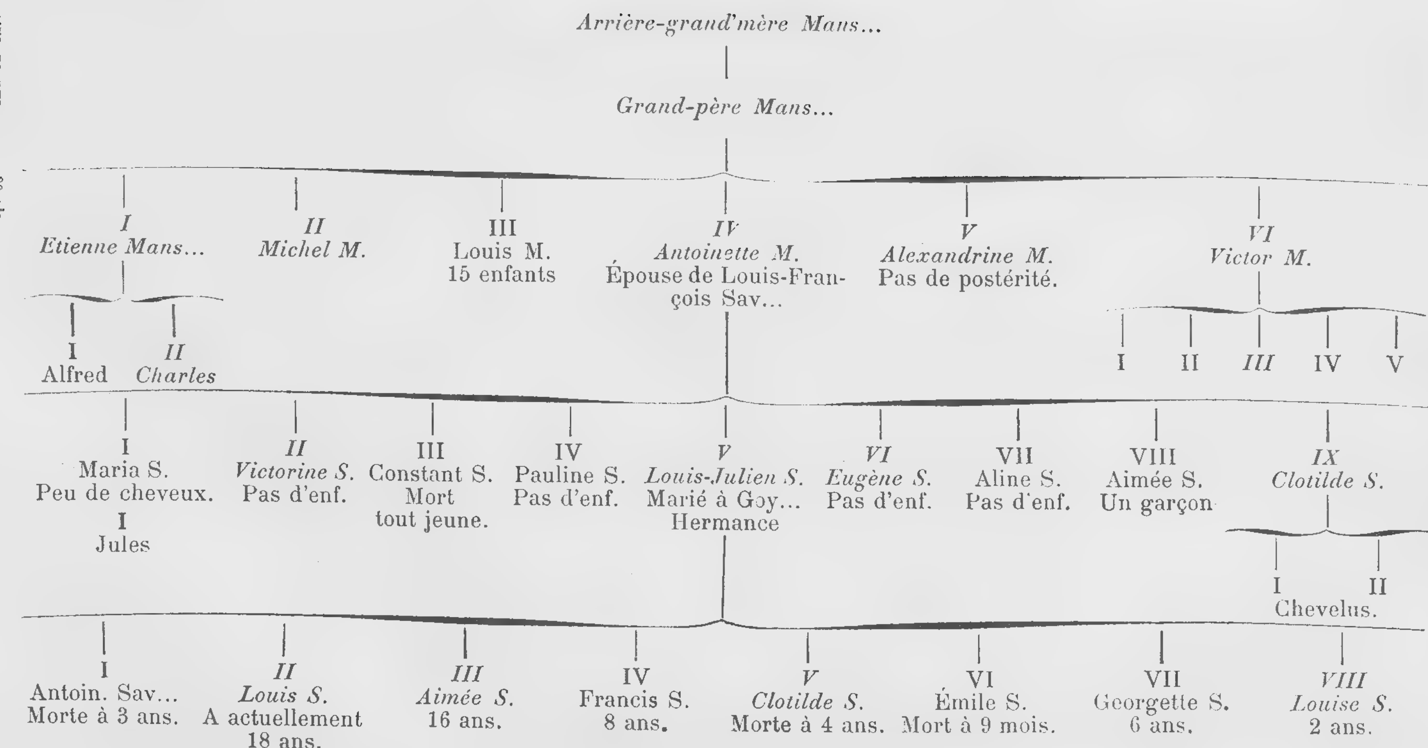
Elle est appuyée d'abord sur ce fait que c'est depuis l'origine l'opinion constante des malades, opinion que les faits ont vérifiée. Tous connaissent traditionnellement l'apparition de la maladie dans la famille, et sa transmission partielle aux enfants. De très nombreux mariages ont eu lieu depuis cette arrière-grand'mère qui fut paraît-il la première atteinte. Et les cinq générations qui l'ont suivie n'ont pas occupé, d'après ce que j'ai pu relever des âges, moins d'un siècle 1/2 de durée. Or, pendant tout ce temps, il ne s'est pas produit un cas de contagion entre les conjoints.

Beaucoup d'enfants ont présenté la même affection, mais toujours dès leur naissance et jusqu'à la mort.

Plusieurs enfants ont échappé à la transmission, et passé les premiers mois de leur existence, ils n'ont jamais subi aucune atteinte de la maladie. Des branches entières de la famille y ont échappé, puisque jamais on a vu de retour à l'infirmité ancestrale ; ainsi, comme le disait l'un de ceux que j'ai observés, des cousins ont souvent vécu ensemble, les uns atteints de l'infirmité, et les autres non — cela sans un seul cas de transmission. Et l'absence totale de cas d'atavisme écarte du moins tout soupçon de contagion parmi les collatéraux.

Il s'est présenté dans la famille un et peut-être deux cas ambigus ; tel a été en particulier le cas de Maria S..., dont les cheveux furent toujours rares mais qui cependant en avait; peut-être faut-il voir dans ces cas, une atténuation des lésions moniliformes, permettant une certaine croissance du cheveu mais il ne m'a pas été donné d'observer de cas semblables.

Enfin, si à côté de tous ces éléments de la question, qui, bien que



Les noms en *italiques* sont ceux des personnes atteintes de monilethrix.

dénués chacun d'un critérium absolu, n'en atteignent pas moins par leur réunion, presque à l'évidence de faits prouvés ; si, disons-nous, on recherche expérimentalement l'origine de la maladie, on observera l'intégrité parfaite des enveloppes du cheveu malade, l'absence constante de parasites colorables dans leur épaisseur. Enfin, l'argument négatif des cultures ne nous a pas manqué non plus. Et les racines de cheveux enlevés à deux de nos malades, Julien et Aimée, sont restées absolument stériles — comme les racines des cheveux sains — et bien qu'elles présentassent très accentuées les déformations de toute la tige du cheveu.

Donc pour nous résumer, nous appuyant : 1° sur l'hérédité manifeste ;

2° Sur l'absence de toute contagion depuis cinq générations humaines ;

3° Sur l'examen microbien direct resté négatif ;

4° Sur les cultures restées stériles, nous croyons pouvoir conclure qu'il s'agit là d'une difformité héréditaire dans laquelle aucune action parasitaire externe ne peut être invoquée. Il faut ajouter qu'elle n'expliquerait rien.

Mais quelle hypothèse étiologique invoquer? Même parmi les auteurs qui ont cherché à appuyer l'idée de la maladie héréditaire et non contagieuse, les hypothèses ont été multiples.

Walter Smith fit remarquer le premier que les cheveux moniliformes présentaient un curieux exemple de nutrition pervertie, offrant une succession régulière de pousses normales et anormales, des périodes alternantes d'activité et de sommeil.

La déformation de la racine même lui fit localiser la lésion dans le follicule, et la régularité de disposition des nodosités semblait indiquer une altération plus haute que l'altération simple de la papille.

Thin, de même, conclut à une insuffisance originelle des cellules de la papille.

La plupart des auteurs, Malcolm Morris, Payne, etc., affirment que les renflements sont la partie saine du cheveu, et les étranglements une partie atrophiée.

Behrend seul a prétendu qu'il fallait voir sur le cheveu altéré une disposition en quelque sorte « *ataxique* » des enveloppes du cheveu, épaissies au niveau des renflements nodulaires, amincies au niveau des entre-nœuds.

Pour les cas que j'ai observés, je dois dire que cette surépaisseur des cheveux aux points nodaux existe si peu que le cheveu même en ces points me semble atrophié, et qu'il s'est constamment montré plus fin que les cheveux pris au hasard chez des individus de même âge.

Une remarque qui me semble bien plus vraie est celle de M. Vidal que nous rappelions tout à l'heure au sujet de l'atrophie du système sébacé, aussi bien que du système pileux.

Et ce qui est tout à fait remarquable chez les malades, c'est en temps ordinaire la sécheresse du cuir chevelu; la peau du crâne paraît lisse comme dans les alopécies totales, peladiques ou autres, elle a une apparence quasi-cicatricielle et on ne saurait mieux la comparer qu'au cuir chevelu des faviques guéris.

Elle a même d'apparents îlots de repousse, ceux où quelques cheveux moins malades sont demeurés.

D'autres observateurs et, en particulier, Lesser ont mentionné la concomitance du lichen pilaire avec les cheveux moniliformes. Chez tous nos malades il y a de la kératose pilaire sauf chez l'enfant, Louise S..., âgée de 2 ans.

Comme dans presque toutes les observations antérieures, les sourcils, les cils et la barbe sont conservés, mais certainement l'appareil pilo-sébacé du corps est atteint dans sa totalité. La constance de la kératose pilaire, et l'intensité de ses lésions en sont la preuve.

Et ceci appuie singulièrement l'hypothèse d'une lésion centrale primitive.

Du reste, c'est à cette idée que se rattachent plus ou moins explicitement tous les auteurs convaincus de l'hérédité. C'est l'idée de Walter Smith, de Malcolm Morris, de Thin, de Payne. C'est l'opinion plus explicitement formulée par Abraham, bien qu'il discute encore la possibilité d'une lésion microbienne.

C'est enfin l'opinion mieux motivée de MM. Wallace Beatty et Scott dans la revue remarquable qu'ils viennent de publier sur ce sujet (1).

Ayant eu la possibilité qui nous a manqué de faire une biopsie sur le cuir chevelu d'un malade, ils ont pu observer ce fait singulier, que tous les follicules pileux du cuir chevelu formaient *ensemble* un renflement nodulaire et deux jours après environ, *toujours tous ensemble* un étranglement.

Ce fait, que l'impossibilité d'une biopsie nous a empêché de confirmer, semblerait bien prouver que s'il y a lésion matérielle, elle siège dans des organes plus élevés que le follicule et qu'au-dessous de ce phénomène, il y a là une altération du système nerveux central.

Quoi qu'il en soit, l'absence de constatations anatomiques personnelles, et aussi la difficulté d'apporter sur ces sujets une opinion étiologique valable, nous empêchera de conclure plus expressément.

Tout ce que l'on peut dire c'est qu'actuellement où toute difformité héréditaire suppose une lésion nerveuse centrale, l'idée d'une pareille lésion toute hypothétique qu'elle soit, nous paraît la seule rationnelle.

(1) WALLACE BEATTY et ALFRED SCOTT. Moniliform hairs. Monilethrix. *British Journ.*, juin 1892, p. 670.

IV. — Conclusions

Qu'on nous permette en terminant, de rappeler en quelques mots, la substance même des faits que nous venons d'étudier.

1° Il y a certainement des altérations nodulaires des poils et des cheveux, maladies acquises et transmissibles, d'origine externe et parasitaire ; ces altérations, variables comme causes originelles, comme siège, comme symptômes, et comme pronostic, dont trois types au moins sont esquissés, forment le groupe d'attente des *trichorrhexies parasitaires*, auquel des études subséquentes ajouteront probablement un certain nombre de types nouveaux, mais qui, à l'heure actuelle, comprend :

La trichomycose nodulaire de Juhel-Rénoy (*La Piedra*).

La trichorrhexie (leptothrix) de Behrend.

La trichorrhexie noueuse pubienne de M. Raymond.

2° A côté de ces maladies externes des poils, il y a le monilethrix, dystrophie particulière du cheveu, maladie congénitale, transmissible seulement par hérédité, donc la caractéristique objective est que le cheveu est moniliforme dans la totalité de sa longueur.

Ces deux ordres d'affections, parasitaire et constitutionnelle, n'ont de commun qu'une certaine ressemblance objective des lésions, et doivent être absolument séparés dans les classifications nosographiques.

BIBLIOGRAPHIE

Luce. — Un cas curieux d'alopécie innominée. Th. de Paris, 1879.

Walter Smith. — A rare nodose condition of the hairs of the *Brit. medic. Journ.*, vol. II, 1879, p. 291.

Walter Smith et **Liveing**. — Nodose malformation of the hair scalp. *Brit. medic. Journ.*, vol. I, 1880, p. 654.

Walter Smith. — A case of congenital abnormality in the hair production, on the scalp. *Trans. internat. medic. congress*, 1881, 2, III, p. 190.

Thin. — **Kaposi**. — **Vidal**. — **Unna**. — **Bulkley** — Id.

Bury. — Nodose malformation of the hair. Manchester medical Society, 7 fév. 1883, *Brit. med. Jour.*, vol. I, 1883, p. 417.

Mc Call Anderson. — Unique case of hereditary trichorrhexis nodosa. *Lancet*, vol. II, 1883, p. 140.

Lesser. — Ein Fall von Ringelhaaren. *Centralblatt f. die medicinischen Wissenschaffen*, 1886, p. 698.

Payne. — Hairs schowing a remarkable nodose condition on beaded hairs. *Trans path. Soc. Lond.*, vol. XXXVII, 1886, p. 540.

G. Behrend. — *Virchow's Archiv. f. patholog. anatomie.*, etc., 1886., vol. 103. De la formation des nodosités sur la tige des cheveux.

Juhel-Rénoy. — Trichomycose nodulaire (La Piedra). *Annales de Dermatologie*, 25 déc. 1888, **2e** série, 9.

Cole Newton. — Nodositas crinium or trichorrhexis nodosa. *The medical Record*, 6 avril 1889.

G. Behrend. — Trichomycose nodulaire. *Soc. Berlin. de Dermat.*, séance du 2 juillet 1892.

G. Behrend. — Ueber trichomycosis nodosa (Juhel-Rénoy, la Piedra (osorio), in *Berliner klin Wochensch.*, 1890, n° 21.

Hallopeau et **Lefebvre**. — De l'aplasie moniliforme des cheveux et des poils. *Bulletin médical*, 1890, p. 501, primitivement : *Soc. Dermat. et Syphil.*, seconde session, avril 1890.

Archambault. — Note sur un cas de cheveux moniliformes (avec planches), in *Annales de Dermatologie*, 3e série, t. I, 1890, p. 393.

Arnozan. — Id.

P. Raymond. — Recherches sur la trichorrhexis nodosa. *Annales de Dermat.*, 3e série, 2, II, 1891.

Blaschko. — Alopécie avec trichorrhexie. *Soc. Berlin. Dermat.*, séance du 3 mars, 1891. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1891, **2**, XII, p. 397.

Abraham. — *Brit. Journ. Dermat.*, vol. IV, 1892, p. 21.

Wallace Beatty et **Alfred Scott**. — Moniliform hairs (monilethrix). *Brit. Journ. of Dermat.* June, 1892, p. 171.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA PELADE

Par **M. Paul Raymond.**

(Communication à la *Société de dermatologie et de syphiligraphie.*)

Je ne surprendrai personne d'entre vous en soutenant que rien n'est plus facile à guérir que la pelade ; il suffit de s'en rapporter aux publications enthousiastes de ces derniers temps où l'on parle de guérisons obtenues en trois semaines et même moins. Mais je ne vous surprendrai pas davantage en affirmant que rien n'est aussi plus difficile : j'en appelle à mes maîtres de cet hôpital. C'est qu'en effet, il faut distinguer dans les pelades : il y a cette pelade que voici caractérisée par une ou plusieurs plaques, pelade en aires, annulaire, dans laquelle la chute des cheveux s'arrête spontanément après un certain temps et qui ne présente aucune tendance à la généralisation, et la pelade que voilà, diffuse, décalvante, tendant à se généraliser, envahissant même tous les poils du corps ; dans laquelle les cheveux continuent à tomber quoi qu'on fasse et qui, en un temps plus ou moins court, dénude le cuir chevelu tout entier. Distinguons donc et commençons par ces pelades en aires, circonscrites, peu étendues. Cette variété tend à guérir d'elle-même : j'ai dans mes notes plusieurs observations qui démontrent ce fait. Une telle plaque tend à repousser spontanément, sans aucun traitement et cela en l'espace de huit mois environ. Quel que soit donc le traitement employé, on peut être sûr d'avoir un résultat favorable, dans la plupart des cas du moins.

Chez trois enfants, je me suis contenté de prescrire tous les matins une friction avec de l'eau simple que je colorais, de façon à ce que le traitement fût régulièrement suivi, et nous avons obtenu la guérison en 7 ou 8 mois. Ils ont donc guéri naturellement et sans traitement, et l'on pourrait soutenir que l'expectation suffit dans ces pelades en aires, circonscrites, bénignes. Cette observation a son importance, car si l'on propose un traitement qui ne guérisse une pelade qu'en 7 ou 8 mois, il est permis de le considérer comme sans valeur. Si certaines pelades abandonnées à elles-mêmes tendent à guérir spontanément, il y a néanmoins avantage à traiter les peladiques, car la durée de la maladie est de ce fait abrégée. Je ne parle pas des chances de contagion et d'auto-infection qui diminuent d'autant. Mais la nécessité du traitement étant reconnue, il importe de faire quelques remarques préliminaires. Le difficile dans le traitement de la pelade

n'est pas de guérir une plaque, c'est d'empêcher l'extension de cette plaque et surtout sa récidive, soit pendant, soit après le traitement. Je parlerai dans un instant d'une médication qui paraît très bonne en ce sens que les cheveux peuvent commencer à repousser après cinq ou six semaines de traitement et que pourtant, je ne recommande pas, pour cette raison que malgré le traitement, les plaques peuvent continuer à s'accroître, et que le malade étant guéri d'une plaque ancienne, une nouvelle plaque apparaît, si bien que tout est à refaire. Ce n'est donc pas tout d'avoir guéri une pelade en quelques mois, il faut faire en sorte que le malade ne revienne pas dans l'année avec une autre plaque. Je ferai aussi remarquer que pour juger de la valeur d'un traitement, il faut tenir compte de la date d'apparition de la plaque de pelade. Si l'on prend en effet une pelade de quelques jours de date, on obtiendra une guérison beaucoup plus rapide que si cette plaque date de plusieurs semaines ; de même si la plaque date de six ou huit mois, ne sera-t-on pas porté à attribuer au traitement une repousse rapide qui est souvent spontanée ainsi que le prouvent les observations dont je parlais plus haut. Ce que l'on doit demander à un traitement doit donc être : 1° d'amener une repousse rapide des cheveux ; 2° de mettre le malade à l'abri d'une auto-infection, et ceux qui l'entourent à l'abri de la contagion ; 3° d'empêcher les récidives. Dans l'interprétation des résultats obtenus, il importera de tenir compte des réserves que j'ai formulées, à savoir : variété de pelade, date d'apparition, durée du traitement, etc. Il est par exemple des traitements qui ne permettent d'obtenir la repousse des cheveux d'une pelade en aires qu'après 7 ou 8 mois de traitement : j'ai bien le droit de les assimiler au traitement par l'eau claire et de les considérer comme insuffisants. C'est ainsi par exemple que les lotions de sublimé, le collodion iodé, les applications de teinture d'iode, les lotions excitantes ne m'ont jamais donné que des résultats défectueux. Inversement, je ne me crois pas en droit de considérer comme mauvais un traitement qui n'agira que très lentement, qui échouera même dans une pelade généralisée, décalvante, parce que les conditions ne sont plus les mêmes et que cette variété peut présenter des difficultés extrêmes de traitement. Il est donc de toute nécessité de s'entendre, lorsqu'on parle de traitement de la pelade. Dans les cas auxquels je fais allusion pour le moment, c'est-à-dire dans les pelades circonscrites, bénignes, dans lesquelles la chute des cheveux s'arrête après un certain temps, sans qu'on ait rien fait, dans lesquelles encore le bulbe pileux tend à reprendre sa vitalité après 7 ou 8 mois, dans ces cas, dis-je, le traitement nous permet d'obtenir la guérison en cinq mois environ. Ces traitements sont même assez nombreux et ce n'est pas d'eux que je veux m'occuper. J'apporte ici les résultats des cas que j'ai traités cette année, par des méthodes nouvelles, sur

lesquelles l'attention a été appelée dans ces derniers temps et dont on a fait valoir les avantages au point de vue notamment de la promptitude de la guérison. Une pelade peut-elle être guérie en trois mois, en deux mois, en moins de temps encore? Pour arriver à une solution, j'ai comparé ces différentes méthodes entre elles et avec une méthode qui a fait ses preuves et dont j'avais l'habitude, celle des vésicatoires liquides ou méthode de M. E. Vidal. Ces recherches ont été faites dans le service de mon excellent maître M. le Dr Quinquaud qui a bien voulu mettre à ma disposition les malades qui se présentaient à sa consultation. Je suis heureux de lui pouvoir offrir ici tous mes remerciements ainsi qu'à mon ami M. Bouquet, externe du service, qui m'a aidé dans cette tâche.

Voici les remarques que j'ai pu faire sur le traitement de M. le Dr Moty. Pendant les premières injections il n'y a rien à noter du côté de la plaque, puis tout à coup, le plus souvent à la septième injection, soit vers le 45e jour du traitement, on voit apparaître un duvet. Dans la plupart de mes observations je trouve notée cette date de la 7e injection : nous avons obtenu la repousse une fois après la 6e injection et d'autres fois à la 11e seulement. On peut dire, d'une façon générale, que la repousse demande de six semaines à deux mois et quelques jours pour se produire. Les cheveux continuent à pousser et il faut environ 4 mois, soit un minimum de 16 injections pour considérer les malades comme guéris. Je trouve cependant la guérison obtenue après 3 mois 1/2 et même dans un cas après 3 mois ou 10 injections, mais il est aussi des cas où après 4 mois 1/2 les malades ne sont pas guéris. On peut donc dire qu'avec ce traitement, les cheveux commencent à repousser assez vite, mais cela n'a que peu d'avantage puisque la durée totale du traitement n'est pas moindre de 3 mois 1/2 à 4 mois. J'ai noté assez fréquemment le fait de la repousse par la périphérie de la plaque : il y a une sorte de guérison centripète ; cette constatation a son intérêt puisque ce sont alors les cheveux tombés les derniers qui repoussent les premiers. Cela explique aussi comment il se passe tant de temps entre l'apparition des premiers follets et la guérison définitive. La périphérie de la plaque est bien guérie mais la partie centrale ne l'est pas : souvent même, nous avons vu cette partie centrale encore absolument glabre alors que les cheveux des bords de la plaque atteignaient plus d'un centimètre de long. D'autres fois, la repousse se fait d'une façon diffuse : d'une semaine à l'autre, on voit toute l'étendue de la plaque couverte d'un fin duvet. Il faut remarquer d'ailleurs que cette repousse centripète n'est pas spéciale au traitement Moty et que nous l'avons observée avec d'autres médications. Il est un fait qui nous a aussi frappé, c'est que les cheveux peuvent repousser avec leur coloration normale : au lieu du duvet incolore, s'arrachant facilement, que l'on observe géné-

ralement lorsqu'un peladique guérit, nous avons fréquemment remarqué une repousse par cheveux normaux, un peu ternes il est vrai, mais n'ayant rien de commun avec les poils follets. En outre, ces cheveux, comme les follets d'ailleurs, tiennent bien mieux que dans les cas traités par d'autres méthodes. Ce sont là des avantages du traitement Moty, mais il faut aussi compter avec ses inconvénients. Tout d'abord, la méthode est difficilement applicable aux enfants : une petite malade a refusé de se laisser faire ces piqûres ; deux autres enfants nous ont quitté. On est obligé de reconnaître en effet que ces piqûres multipliées sont pour le moins pénibles, surtout dans les conditions que voici : sur les plaques de la moitié antérieure du cuir chevelu, les piqûres ne sont pas douloureuses et les malades s'y habituent très vite, mais sur la région occipitale ou, pour mieux dire, sur toute la partie postérieure de la tête, les piqûres sont vivement ressenties : c'est là un fait général.

Parfois même la douleur est très forte ; le médecin hésite à continuer l'opération et c'est ainsi que nous avons pu voir les plaques postérieures de la tête guérir plus lentement que les plaques antérieures. Cela prouve, pour le dire en passant, l'action de ces injections intradermiques sur les plaques de pelade. Il est nécessaire, pour obtenir cette action, d'injecter un certain nombre de gouttes et il est certain que les cinq ou six gouttes dont on se servait au début, sont insuffisantes. Il en faut un nombre beaucoup plus considérable, en rapport, bien entendu, avec les dimensions de la plaque, mais il ne me semble pas qu'on doive dépasser la somme totale de 50 gouttes dans une séance. On s'expose alors à voir survenir des élancements, des sensations de brûlure, des douleurs occupant toute la tête et pouvant empêcher le malade de se livrer à tout travail intellectuel ou physique. La sensation de chaleur, de brûlure même, est à peu près inévitable surtout dans les premières séances : peu à peu les malades présentent une sorte d'accoutumance et ils n'accusent aucune sensation désagréable, sauf pendant les deux premières heures après les injections. Mais il y a dans le traitement Moty deux graves inconvénients : l'agrandissement de la plaque pendant le traitement, la possibilité d'apparition de nouvelles plaques avant la guérison de la première plaque ou lorsqu'elle est à peine guérie. Dans le premier cas, malgré les injections, faites ou non sur les bords de la plaque, les cheveux continuent à tomber et cela pendant trois, quatre, cinq semaines, au grand désespoir des malades qui doutent alors de l'efficacité du traitement. Les injections intradermiques n'arrêtent donc pas la chute des cheveux et nous avons observé deux cas dans lesquels les cheveux avaient commencé à repousser alors que d'un côté la plaque s'étendait encore. Mais, fait plus grave, chez trois malades, de nouvelles plaques de pelade se sont montrées non seulement dans le cours du traitement,

mais au moment même où l'on allait cesser toute injection : nous avons de la sorte une malade que nous traitons depuis sept mois. Si donc, la méthode de M. Moty a une efficacité incontestable sur la plaque de pelade elle-même, il faut reconnaître qu'elle ne répond pas à tous les desiderata d'un traitement qu'on puisse toujours instituer. J'ai été ainsi amené à compléter ce traitement par des lotions et des savonnages antiseptiques et je n'ai eu qu'à m'en louer.

En résumé, malgré son action évidente sur les plaques de pelade, la méthode de M. Moty ne me paraît pas présenter assez d'avantages pour compenser ses inconvénients. Il faut, en moyenne, trois mois et demi ou quatre mois de traitement et nous verrons qu'avec d'autres méthodes on peut espérer la guérison en un temps égal et même, heureusement, bien moins considérable. Un mot en terminant ce que j'ai à dire de ce traitement : l'idée de M. Moty est d'aller combattre les parasites probables de la pelade au moyen d'une substance antiseptique injectée au sein même des tissus qu'ils habitent. Je ne crois pas que ses injections agissent en tant qu'antiseptiques ; elles me paraissent bien plutôt agir par la forte révulsion, par la dérivation qu'elles déterminent. A l'appui de cette opinion je citerai le fait de deux malades manifestement atteints de cette forme de pelade que nous considérons tous comme trophonévrotique, chez lesquels la maladie résultait de violentes névralgies dans un cas, d'émotions, de perturbations morales vives dans un autre, sans que l'on pût dans un cas comme dans l'autre songer à la contagion, au parasitisme et dans lesquels nous avons pourtant obtenu les mêmes résultats que dans les pelades nettement contagieuses ainsi traitées. Le fait de l'auto-infection des malades après plus de trois mois de traitement vient encore à l'appui de cette opinion. J'ajouterai qu'on peut obtenir ces résultats favorables avec d'autres substances : c'est ainsi que j'ai employé les injections d'eau phéniquée au 1/100 et au 1/80. Ces injections ne sont pas plus pénibles que celles au sublimé et il n'y a pas lieu de redouter la précipitation du sel de mercure par la cocaïne, ainsi que cela se produit lorsqu'on ajoute un alcaloïde à une préparation mercurique. Me fondant sur cette idée que ces injections agissaient bien plutôt par révulsion que directement sur les micro-organismes de la pelade, j'ai essayé les injections intradermiques d'eau simple qui passent pour déterminer une douleur assez intense d'où, on le sait, la guérison de certaines névralgies par inhibition. Je n'ai jamais constaté que ces injections fussent douloureuses ; elles me paraissent produire une révulsion notable en ce sens qu'on voit aussitôt la plaque rougir comme lorsqu'il s'agit d'injections de sublimé, mais ces expériences ne sont pas encore terminées et je ne puis donner, quant à présent, des renseignements bien positifs sur ce sujet. Fait curieux et à signaler, c'est aussi à la 7e injection, comme s'il s'agissait d'injections de sublimé, que la repousse a commencé.

Voilà, très résumées, les principales observations que j'ai faites sur la méthode de M. Moty ; je ne puis lui reconnaître d'avantage tellement marqué qu'on doive l'employer dans tous les cas. Elle est efficace, cela est incontestable, mais elle ne me paraît pas supérieure à la méthode suivante que nous avons employée d'une façon concomitante. Cette méthode est celle des vésicatoires liquides d'après la formule de M. Bidet sur les indications de mon excellent maître M. E. Vidal. Cette méthode est bien connue : M. Vidal en a montré tous les avantages et les résultats que j'en ai obtenus cette année, sont conformes à ceux que nous obtenions dans son service en 1886. Je n'insisterai donc pas : nous avons obtenu la repousse des cheveux après 80 jours de traitement (une application par semaine) en moyenne et la guérison après trois mois et demi ou quatre mois. Il semble donc qu'avec la méthode de M. Moty l'époque de la repousse survienne un peu plus tôt qu'avec la méthode de M. Vidal, mais le résultat final est sensiblement le même.

J'ai pu remarquer en me servant du vésicatoire liquide, qu'il est moins bien préparé qu'autrefois : tout en prenant les précautions sur lesquelles insiste M. Vidal, nous avions fréquemment une vésication assez forte. Je conseillerai donc de n'employer le vésicatoire liquide de Bidet tel qu'on le vend actuellement, qu'en le mélangeant avec du chloroforme par parties égales, et encore faut-il avoir la main légère, dans les premières séances du moins.

Je passe rapidement sur le traitement par le phénol sulforiciné à 30 0/0 que nous avons employé sur les indications de M. Quinquaud : les malades ainsi traités sont encore en observation. Nous pouvons néanmoins bien augurer de cette méthode : dans deux cas nous avons vu survenir le début de la repousse après 45 et 30 jours de traitement. Ce traitement consiste en frictions quotidiennes ou biquotidiennes avec un pinceau imprégné de phénol sulforiciné pendant deux ou trois minutes. Il survient seulement de la rougeur avec un peu de chaleur sans aucun accident. S'il survient quelques érosions, on arrête le traitement deux ou trois jours.

J'arrive aux deux méthodes qui nous ont donné les meilleurs résultats, la méthode de M. le Dr Busquet par la teinture de cannelle et une méthode personnelle.

La méthode de M. Busquet a cet avantage de permettre aux malades de se traiter chez eux : elle est simple, commode et donne de bons résultats. M. Busquet dit que la durée moyenne du traitement est de trois à cinq semaines (1). Je ne sais pas ce qu'il entend par ce laps de temps. Si c'est, comme je le crois, le début de la repousse, cela est parfaitement exact, car après trente ou quarante jours de traitement,

(1) *Annales de dermatologie*, 1892, p. 271.

on voit apparaître le duvet caractéristique, mais alors M. Busquet cesserait le traitement dès que les cheveux commencent à repousser, ce qui est contraire à toutes nos habitudes. Si M. Busquet veut dire qu'en trois ou cinq semaines la guérison est complète, cela me paraît exagéré et je n'ai pour ma part obtenu aucune repousse en quinze jours, mais il est possible que M. Busquet ait observé ce fait, car je l'ai moi-même noté en employant la méthode que je vais décrire.

Les frictions avec la teinture de cannelle me paraissent donc constituer un progrès dans le traitement de la pelade, en ce sens qu'elles abrègent notablement la durée de la maladie. Est-ce à dire qu'elles réussiront toujours? Je ne le crois pas et l'expérience montrera vraisemblablement qu'il est des cas où la méthode échoue comme toutes les autres. Quoi qu'il en soit et pour heureuse que je tienne la série dont je parle, les résultats ont été satisfaisants, et pour le traitement de la pelade à une consultation externe par exemple, cette médication pourra être prescrite avec avantage.

Le traitement que j'ai employé est basé sur ces considérations que dans le traitement de la pelade il faut : 1° s'opposer à l'extension des plaques et à l'apparition de nouvelles plaques ; 2° exercer sur les plaques existantes une action parasiticide, mais surtout une forte révulsion, une excitation cutanée continue qui réveille la vitalité du bulbe pileux. Pour répondre à ces deux indications, j'ai emprunté aux médications employées par nos maîtres de l'hôpital Saint-Louis différentes formules, comme on le reconnaîtra. Ce qui est nouveau, c'est l'application, c'est le groupement des substances, c'est surtout le *modus faciendi* qui m'a permis d'obtenir des résultats que je n'espérais même pas et que l'on n'obtient pas, j'insiste sur ce point, si l'on néglige l'une des parties du traitement, si l'on ne se sert pas exactement des formules que j'ai employées.

Voici d'ailleurs ce traitement, pour la composition duquel je me suis surtout inspiré de l'enseignement de M. Lailler et de M. E. Besnier. Je crois avec ces deux savants maîtres qu'il y a intérêt à sacrifier les cheveux du pourtour des plaques et ma première prescription est celle-ci : faire raser le pourtour de la plaque dans une étendue de un à deux centimètres et tenir les cheveux courts. Cette recommandation est utile en vue des lotions parasiticides destinées à prévenir l'apparition de nouvelles plaques. Je fais, dans ce but, savonner la tête deux fois par semaine avec un savon antiseptique; en général du savon phéniqué. Le malade fait tous les matins une friction avec la solution suivante :

Bichlorure de mercure................	0 gr. 50 centigr.
Teinture de cantharides...............	25 gr.
Baume de Fioraventi..................	50 gr.
Eau de Cologne......................	150 gr.

La friction est faite sur tout le cuir chevelu, mais en outre, les plaques sont frottées pendant une ou deux minutes avec cette solution en se servant d'un pinceau un peu rude. Je recommande pour cette révulsion, les brosses des peintres.

Le soir, les plaques sont frottées de la même façon avec le mélange suivant :

Acide salicylique	2 gr.
Naphol B	10 gr.
Acide acétique cristallisable	15 gr.
Huile de ricin	100 gr.

Lorsque je peux craindre la contagion pour l'entourage du malade je fais recouvrir, dans la journée, les plaques avec l'emplâtre rouge de M. Vidal, mais à la vérité cette précaution ne fait plus partie du traitement curatif. Comme on le voit, il n'y a dans ces formules aucune préparation qui n'ait été employée à l'hôpital St-Louis. L'huile naphtolée seule n'a pas encore été employée, que je sache, dans le traitement de pelade, mais, tout en considérant que c'est un excellent parasiticide, je suis loin de croire que c'est à elle que je dois les résultats que j'ai obtenus. De même, je ne crois pas que les doses employées aient grande importance : il reste donc pour expliquer les résultats que je signalerai, le groupement de ces substances et la façon de les employer. J'insiste sur le groupement des substances, car chez un malade qui n'employait pas les deux formules dans leur exacte composition, la guérison ne fut pas obtenue dans les délais prévus et ce seul fait me permit de m'apercevoir de la lacune de mon ordonnance. J'insiste aussi sur le mode d'emploi : je crois qu'il faut agir continuellement sur une plaque de pelade et qu'il y a, par suite, avantage à répéter le traitement deux fois dans la journée ; je crois aussi qu'il y a avantage dans le traitement de la pelade, à employer des agents multiples ; je crois enfin qu'il faut exercer sur les plaques une friction énergique. C'est pour cette raison que je recommande la brosse un peu dure des peintres.

Le traitement ainsi employé, ne doit déterminer que de la rougeur : si la friction est trop vigoureuse ou trop prolongée, l'épiderme peut être arraché et il en résulte de petites éraillures qui forcent alors à suspendre le traitement pendant deux ou trois jours : c'est pour cette raison qu'il me paraît utile de recommander aux malades de frotter fortement, mais sans aller jusqu'à l'inflammation.

C'est donc, à mon avis, en observant attentivement toutes les conditions du traitement, en employant simultanément toutes les substances dont chacune a sa raison d'être, que l'on obtiendra les résultats auxquels je suis arrivé. Dans tous les cas, la repousse s'est montrée dans le premier mois du traitement : dans deux cas elle a été notée dès le

15e jour, mais dans l'un d'eux la pelade datait de 8 mois, dans l'autre de 8 jours et nous avons vu que c'étaient là précisément des conditions excellentes : une pelade qui est traitée dès son début guérit bien plus facilement; de même si on la traite vers le 8e mois, époque à laquelle *un certain nombre* de pelades tendent à guérir spontanément.

Je compte donc un mois avant d'espérer voir apparaître le duvet; quant à la guérison absolue, elle est complète avant la fin du deuxième mois, vers le 50e jour du traitement environ. Je considère cette guérison comme atteinte, le jour où les cheveux de la plaque sont de niveau avec ceux du voisinage, c'est-à-dire lorsqu'ils ont environ un centimètre, puisque le malade tient toujours ses cheveux courts. J'ai d'ailleurs remarqué que cette repousse des cheveux est très rapide : habituellement, on le sait, le cheveu s'accroît d'environ un centimètre par mois : or sous l'influence de ce traitement, j'ai vu des cheveux pousser de trois centimètres et plus dans ce même laps de temps. J'ai vu aussi, comme je l'ai signalé en parlant du traitement Moty, les cheveux repousser avec leur coloration normale et tenir avec beaucoup plus de force qu'il n'est de règle dans la pelade où les premiers follets s'arrachent avec la plus grande facilité. Il faut reconnaître cependant, que sur cette plaque les cheveux sont un peu plus ternes et parfois un peu moins fournis que sur les parties voisines, mais la guérison n'en est pas moins réelle. J'ai donc obtenu par ce traitement des résultats excellents; j'ai cru tout d'abord à une simple coïncidence puisque, somme toute, il n'y avait dans cette médication aucune substance qui n'eût été jusqu'ici employée et que pourtant de semblables résultats n'avaient pas encore été signalés. Ce n'est que lorsque les cas de guérison se sont multipliés que j'ai rapporté à la méthode et surtout à la façon de l'employer les succès obtenus; c'est pour cette raison que je fais part à la Société de ces résultats, espérant que la méthode sera employée par quelques-uns de nos collègues qui viendront corroborer l'opinion que je viens d'émettre sur cette médication. Je lui reconnais ces avantages d'être commode, de pouvoir être exécutée par le malade lui-même, à domicile et de guérir la pelade beaucoup plus rapidement que lorsqu'on emploie les autres méthodes. Je lui reconnais un inconvénient, surtout lorsqu'il s'agit de malades des hôpitaux, c'est son prix de revient; néanmoins si l'on songe que la guérison peut être obtenue en deux mois et si, d'autre part, l'expérience démontre que l'on peut, par cette méthode, s'opposer à la production de nouvelles plaques de pelade, cette considération du prix des médicaments perd beaucoup de son importance.

Est-ce à dire que cette méthode doive réussir dans tous les cas ? Il n'en est pas ainsi et j'aborde de cette façon la deuxième partie de mon sujet : les pelades totales, décalvantes dont je parlais en débutant. Jusqu'ici, en effet, je ne me suis occupé que des pelades en aires, lo-

calisées, en général faciles à guérir lorsqu'il n'y a qu'une plaque ou deux, un peu plus résistantes au traitement lorsqu'il y a plusieurs plaques, surtout si elles tendent à se développer les unes après les autres, même lorsque le traitement est commencé. Mais ces pelades ordinairement limitées au cuir chevelu, accompagnées parfois pourtant, d'une plaque à la barbe, n'ont rien de commun avec ces formes de pelade qui en quelques jours font tomber tous les cheveux, voire même les sourcils, les cils, la barbe et parfois, comme nous en avons eu un exemple, tous les poils du corps. Cette sorte de pelade devient alors très difficile à guérir. Dans un cas de pelade généralisée, développée chez un enfant épileptique, ayant déterminé la chute des sourcils et même des cils, jai essayé le traitement que je viens de décrire et j'ai échoué. Je suis donc loin de le présenter comme une panacée, et il est vraisemblable qu'il échouera encore lorsqu'on aura affaire à ces pelades décalvantes si difficiles à guérir. Quoi qu'on fasse d'ailleurs, dans ces derniers cas, on n'obtient aucun résultat : ce n'est qu'après des mois de traitement que les cheveux repoussent et il ne m'est pas du tout démontré que ce soit au traitement local qu'il faille rapporter l'honneur de cette guérison. Je ferai remarquer que cette forme est aussi différente de l'autre quant à la réaction thérapeutique, qu'elle l'est en clinique et que nous ne la connaissons encore que très mal. Elle est certainement beaucoup plus rare que la première : d'après ma statistique de cette année, le rapport serait de 5 à 100, mais ce chiffre n'a évidemment qu'une valeur relative. De tels cas sont donc rebelles aux différents traitements employés, et c'est pour cette raison que lorsqu'on voudra juger de la valeur d'une médication, il faudra avoir soin de faire connaître à quelle variété de pelade on a eu affaire, tel cas pouvant être aussi simple à guérir que tel autre est difficile.

J'ai dit que dans ces pelades décalvantes, le traitement échouait le plus souvent : ce n'est pas à dire pour cela qu'il ne faille pas traiter localement ces pelades, mais il ne faut pas s'attendre à voir repousser les cheveux en deux, trois, quatre mois. J'ai vu dans un cas de ce genre un traitement actif et varié n'amener aucune repousse après un an. De guerre lasse, on s'arrêta et les cheveux commencèrent à repousser, alors que depuis environ cinq mois on avait cessé toute médication. Il y a dans cette repousse des cheveux des conditions qui nous échappent absolument : tandis que dans la première forme on peut en prévoir l'époque, cela devient impossible pour cette forme décalvante généralisée. C'est dans ces cas que le traitement général me paraît avoir une réelle importance, tandis que dans le traitement des pelades en aires, le traitement local suffit. Dans deux cas de pelade totale appartenant à cette forme décalvante rapide, j'aurais voulu essayer le traitement par l'électrisation, mais les malades, à qui j'avais dit que le traitement serait long, ne sont pas revenus à l'hôpital.

Dans ces deux cas, il s'agissait de pelade trophonévrotique et il m'a semblé que les pelades décalvantes, généralisées, étaient surtout de cet ordre.

Tels sont les résultats que nous avons obtenus dans le traitement des malades externes du service de M. Quinquaud pendant cette année 1891-1892. On peut dire, en résumé, que le traitement Moty, le traitement Busquet et le traitement dont je me suis servi, réduisent considérablement la durée de maladie. Avec le premier, la pelade peut guérir en moins de quatre mois, avec les deux autres en deux mois. Ces derniers sont plus commodes que le traitement Moty qui exige que les malades viennent chaque semaine à l'hôpital. En outre, le traitement Moty ne met pas à l'abri des récidives.

L'expérience montrera s'il en doit être de même avec les deux autres méthodes.

Relevé des chancres syphilitiques extra-génitaux observés dans le service de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de M. le professeur Fournier, du 1er février 1890 au 1er novembre 1891,

Par **Henri Feulard**,
Ancien chef de clinique.

Depuis l'année 1886, M. le professeur Fournier a fait relever chaque année le nombre de chancres extra-génitaux observés chaque année dans son service. C'est ainsi que M. Nivet, en 1886, en a relevé 49 ; M. Morel-Lavallée, en 1887, 45 ; M. Veslin, en 1888, 26 ; nous-même, du 1er février 1889 au 1er février 1890, 34. Nous donnons aujourd'hui la suite de cette statistique, que nous avons prolongée jusqu'au 1er novembre 1891, époque à laquelle nous avons cessé nos fonctions de chef de clinique. Elle porte donc non plus seulement sur douze mois, mais sur 21 mois ; le total brut est, par conséquent, plus élevé que dans les relevés précédents, mais la proportion reste à peu près la même. Les cas de chancres syphilitiques observés pendant cette période sont de 75 ; 49 appartiennent à des malades ayant résidé dans l'hôpital ; 26 sont des cas observés à la consultation externe.

1° Cas observés dans les salles

1. — 1er *février* 1890. Femme. Augustine A..., 21 *ans*, *brossière*.

Chancres syphilitiques des deux *seins* (2 à gauche, 1 à droite). Syphilides érythémato-papuleuses. — Syphilides amygdaliennes. — Vulve saine. — Contagion par nourrisson.

2. — 17 *février* 1890. Femme. Maria L..., 23 *ans*, *domestique*.

Chancre hypertrophique de la *lèvre supérieure* à la partie médiane ; double adénopathie sous-maxillaire : durée 1 mois. Une des adénopathies, celle de gauche, a suppuré et l'abcès a dû être incisé ; il y a eu probablement infection secondaire de la plaie chancreuse.

3. — 1er *mars* 1890. Femme. Amélie B..., 24 *ans*, *giletière*.

Chancre érosif sur la moitié gauche de la *lèvre inférieure* ; durée 4 mois,

au dire de la malade : double adénopathie sous-maxillaire, mais plus marquée à gauche. — Syphilides vulvaires et buccales.

4. — 1er *mars* 1890. Homme. L. B..., 19 *ans*, *garçon boucher*.

Chancre de la *lèvre supérieure ;* adénopathies sous-maxillaires très développées, surtout à droite. — Syphilides linguales et amygdaliennes ; syphilide érythémato-papuleuse sur le corps. — Chancre contracté en embrassant une malade traitée dans le service en décembre 1889.

5. — 29 *mars* 1890. Petite fille. Juliette B..., 9 *mois*.

Enfant présentant des syphilides circinées du cou et de la région périgénitale. — A la partie médiane de la *lèvre supérieure*, ulcération de la dimension d'une pièce de 20 centimes, allongée dans le sens de la lèvre ; adénopathie sous-maxillaire. — La mère de l'enfant est atteinte d'accidents syphilitiques et notamment de plaques diphtéroïdes des lèvres ; sa syphilis, d'ailleurs, ignorée d'elle, doit remonter à plusieurs mois. — Contagion de la mère à l'enfant.

6. — 28 *avril* 1890. Femme. Sophie W..., 28 *ans*, *domestique*.

Chancre typique de la partie médiane de la *lèvre supérieure*, double adénopathie sous-maxillaire, plus prononcée à gauche ; durée deux mois. — Roséole apparue depuis deux ou trois jours. — Contagion domestique probable, la maîtresse de cette fille étant elle-même malade et se faisant soigner par elle.

7. — 31 *mai* 1890. — Homme. F. B..., 23 *ans*, *journalier*.

Chancre typique de la partie médiane de la *lèvre supérieure* de la dimension d'une pièce de 1 franc. Adénopathie sous-maxillaire très prononcée à gauche — Roséole. Le malade fait remonter le début des accidents à deux mois ; il avait habituellement des gerçures aux lèvres. Il affirme que la femme avec laquelle il vit maritalement est saine et attribue à une contagion médiate (verre à boire) l'origine de son chancre.

8. — 7 *juiu* 1890. — Homme. W. T..., 30 *ans*.

Érosion indurée de la *lèvre supérieure :* durée dix semaines, adénopathie sous-maxillaire double ; mais plus volumineuse à droite. — Roséole — contagion par embrassement.

9. — 10 *juin* 1890. — Femme. Marie R..., 21 *ans*, *couturière*.

La malade présente sur l'*amygdale gauche* une ulcération à fond jaunâtre, qui dure depuis deux mois : adénopathie maxillaire du même côté : — rien sur le corps. L'homme avec qui elle vit maritalement, examiné, est trouvé atteint de syphilides amygdaliennes et de roséole.

10. — 1er *juillet* 1890. — Homme. Gilbert L..., 26 *ans*, *fumiste*.

Chancre de la *lèvre inférieure*.

11. — 16 *juillet* 1890. — Femme. Rose H..., 38 *ans*, *cuisinière*.

Chancre typique de la moitié droite de la *lèvre supérieure*, adénopathie

sous-maxillaire droite — Roséole. La malade est mariée et dit que son mari est sain.

12. — 26 *juillet* 1890. — Homme. Pierre B..., 19 *ans, corroyeur.*

Malade se présentant avec une roséole confluente — pas de lésion génitale. — La *lèvre supérieure* dans sa moitié gauche est triplée de volume et déformée par une tumeur de la grosseur d'une petite amande occupant la face muqueuse, présentant une exulcération de la grandeur d'une pièce de 2 francs et très dure. — Double adénopathie sous-maxillaire : à gauche trois ganglions très volumineux déforment le bas de la joue si bien que le malade semble atteint de fluxion — origine vénérienne.

13. — 26 *juillet* 1890. — Homme. Ernest Ch., 22 *ans, journalier.*

Chancre syphilitique du *menton.* — Syphilide érythémato-papuleuse. — Chancre syph. de la *verge.* — Syphilides linguales.

14. — 26 *juillet* 1890. Homme. E. L..., 33 *ans, domestique.*

Le malade se présente avec une syphilide érythémato-papuleuse généralisée. A *l'index gauche*, sur la face palmaire et au niveau de la deuxième phalange, tumeur ulcérée de couleur rouge vif de la dimension d'une pièce de 50 centimes, en voie de cicatrisation.

Adénopathie sus-épitrochléenne de la grosseur d'une petite amande, très douloureuse. Dans l'aisselle, ganglion de la grosseur d'un gros marron, peu douloureux. Durée des accidents, 3 ou 4 semaines.

En même temps chancre de la *verge* de la dimension d'une pièce de 1 franc. situé à la partie moyenne sur le raphé.

Adénopathie dans l'aine droite. Ce second chancre se serait développé plusieurs jours après l'accident du doigt.

15. — 16 *août* 1890. Homme. François Mor..., 15 *ans, imprimeur.*

Chancre à l'*anus* il y a trois mois. — Actuellement, plaques muqueuses anales. Syphilides papulo-squameuse discrètes.

16. — 8 *novembre* 1890. Femme. Louise H..., 21 *ans, plumassière.*

Chancre *mammaire*, datant de 2 mois. Grossesse de 7 mois. — Syphilides vulvaires.

17. — 15 *novembre* 1890. Femme. Alexandrine Th..., 24 *ans, couturière.*

Chancre cicatrisé de la *lèvre supérieure.* — Adénopathie sous-maxillaire. Roséole.

18. — 1er *décembre* 1890. Homme. Georges Dil..., 28 *ans, garçon de café.*

Chancre cicatrisé du *menton.* Syphilis secondaire.

19. — 20 *décembre* 1890. Homme. Victor C..., 61 *ans, journalier.*

Chancre citcatrisé de la *lèvre inférieure.* — Bubon sous-maxillaire persistant. Roséole. Syphilides croûteuses du front et du cuir chevelu.

20. — 10 *janvier* 1891. Femme. Thérèse L..., 22 *ans*, *couturière*.

Chancre de la *lèvre supérieure*. — Syphilides papuleuses. Chancre de la *grande lèvre droite*.

21. — 10 *février*. Homme. Albert L..., 17 *ans*, *lithographe*.

Chancre de *l'anus*. — Syphilides papulo-érythémateuses. — Pédérastie.

22. — 24 *février*. Homme. Claude G..., 35 *ans*, *cocher*.

Deux chancres de la région du *coude droit*, un chancre de la région du *coude gauche*. — Roséole. Chacun développés sur des surfaces eczémateuses. (Présenté à la Soc. Derm. et Syph., 1891. — *Bull.* 1891, p. 97.)

23. — 25 *février*. Homme. Va..., 52 *ans*, *représentant de commerce*.

Siphilis secondaire. Syphilide buccale. Roséole circinée. Début probable par un chancre de la *lèvre*.

24. — 6 *avril*. Garçon. André M.... 5 *ans*.

Chancre de la *lèvre supérieure*. — Contagion familiale.

25. — 9 *avril*. Femme. Gabrielle P..., 23 *ans*, *professeur*.

Chancre syphilitique de la *lèvre supérieure*.

26. — 19 *avril*. Homme. Eugène A..., 22 *ans*, *serrurier*.

Chancre de la *lèvre supérieure*.

27. — 25 *avril*. Homme. Valentin F..., 11 *ans*.

Roséole syphilitique. — Anus et ganglions inguinaux intacts, en dépit d'habitudes sodomiques avouées.— Lésion initiale probablement à *l'amygdale*.

28. — 9 *mai*. Femme. Louise V..., 19 *ans*, *vernisseuse*.

Trois chancres de la *lèvre supérieure* durant depuis un mois. — Adénopathie considérable du cou.

29. — 9 *mai*. Homme. Albert L..., 19 *ans*, *couvreur*.

Chancre érosif de la *lèvre inférieure*; début 3 mois. — Syphilides érosives du gland. — Syphilides du fourreau. — Roséole.

30. — 23 *mai*. Homme. Justin L..., 20 *ans*, *cocher*.

Chancre de la *commissure droite*. — Adénopathie sous-maxillaire unilatérale. — Syphilides de la verge et du scrotum.

31. — 23 *mai*. Femme. Jeanne L..., 53 *ans*, *blanchisseuse*.

Chancre de la *lèvre supérieure*, face cutanée. Adénopathie sous-maxillaire. — Syphilides papuleuses. — Syphilides vulvaires. Iritis.

32. — 25 *mai*. Femme. Justine F..., 32 *ans*, *domestique*.

Chancre cutanéo-muqueux de la partie médiane de la *lèvre supérieure*.

— Double adénopathie sous-maxillaire. — Roséole. — Contagion directe probable.

33. — 30 *mai*. Femme. Marie M..., 21 *ans*, *blanchisseuse*.

Deux chancres *labiaux* cicatrisés. — Roséole. — Syphilides buccales chez une jeune fille vierge.

34. — 10 *juin*. Homme. Gustave S..., 20 *ans*, *employé*.

Syphilide amygdalienne confluente (chancre *amygdalien* probable). — Syphilides cutanées.

35. — 27 *juin*. Femme. Victorine B..., 18 *ans*.

Syphilides cutanées, vulvaires, amygdaliennes. Analgésies. — Chancre *ombilical* probable.

36. — 4 *juillet*. Homme. Félix V..., 57 *ans*.

3 chancres des lèvres : 1 à la *lèvre supérieure*, partie médiane ; 2 à la *lèvre inférieure* dont l'un à la commissure gauche ; — chancre du *prépuce ;* — chancre du *menton*. Syphilide érythémato-papuleuse confluente du cou, adénopathie rétro-maxillaire. — Début, 2 mois.

37. — 13 *juillet*. Homme. Achille G..., 24 *ans*, *surveillant sanitaire*.

Chancre de la face interne de la *lèvre supérieure* à droite ; ulcération grisâtre durant depuis un mois et demi ; grosse adénopathie sous-maxillaire droite. Le malade, qui joue de la trompe de chasse, attribue l'origine de son mal à une contagion médiate.

38. — 25 *juillet*. Homme. Jules Ch..., 20 *ans*, *charretier*.

Chancre induré du *menton* à droite. — Durée, 2 mois, adénopathie sous-maxillaire double. Roséole.

39. — 28 *juillet*. Femme. Octavie R..., 42 *ans*, *nourrice*.

Chancre de la *commissure droite*. — Adénopathie sous-maxillaire.

40. — 29 *juillet*. Homme. Léon B..., 27 *ans*, *tailleur*.

Chancre siégeant sur la moitié droite de la *lèvre inférieure ;* durée, un mois et demi. — Adénopathie sous-maxillaire droite ; début de roséole.

41. — 30 *juillet*. Homme. Victor P..., 28 *ans*, *bonnetier*.

Deux chancres syphilitiques du *menton*. Chancre de l'*amygdale*. Chancre du fourreau datant de 5 semaines. — Roséole.

42. — 30 *juillet*. Femme. Rosalie L..., 26 *ans*, *ménagère*.

Chancre syphilitique de l'*anus*. Roséole.

43. — 26 *août*. Femme. Louise P..., 19 *ans*, *blanchisseuse*.

Cicatrice indurée occupant le *mamelon* et l'aréole gauches. — Adénopathie axillaire gauche de la grosseur d'un gros marron (chancre *mammaire*, début 3 mois, ayant duré 2 mois.) — Syphilides vulvaires confluentes. — Roséole. — Alopécie. — papules confluentes sur les deux seins.

44. — 12 *septembre*. Femme. Victoria D..., 20 *ans*, *lingère*.

Chancre de la partie supérieure interne de la *cuisse* droite presque cicatrisé. Syphilides confluentes vulvaires. Roséole. Double adénopathie cervicale.

45. — 19 *septembre*. Homme. Joseph M..., 32 *ans*, *plombier*.

Chancre syphilitique du bas de la *joue* à droite, au niveau du bord maxillaire, de la dimension d'une pièce de 2 francs, remarquable par sa couleur rouge foncé. (Contagion par le rasoir.)

46. — 26 *septembre*. Homme. Auguste M..., 55 *ans*, *confiseur*.

Chancre du *menton* (région médiane) presque cicatrisé. Ganglion de la grosseur d'une noisette en arrière de la mâchoire. Chancre du *fourreau* adénopathie inguinale. Les deux chancres sont contemporains. Origine vénérienne.

47. — 29 *septembre*. Homme. Georges L..., 16 *ans*, *imprimeur*.

Chancre de l'*anus*. Syphilides muqueuses des bourses.

48. — 17 *octobre*. Homme. François D..., 26 *ans*, *garçon de café*.

Chancre en voie de cicatrisation du bord cutanéo-muqueux de la *lèvre inférieure*, à gauche. Roséole. Syphilides papulo-squameuses. Plaques muqueuses du gland, des piliers, du voile du palais.

49. — 23 *octobre*. Homme. Jean M..., 53 *ans*, *mécanicien*.

Chancre du *menton*. Adénopathie rétrogénienne. Syphilides papuleuses du tronc.

2° Cas observés a la consultation

50. — 20 *mars* 1890. Enfant. P. M..., garçon de 6 *ans*.

Syphilide papuleuse généralisée, plaques muqueuses des piliers et de l'amygdale droite ; adénopathie rétro-sterno-mastoïdienne. A l'angle de la mâchoire, à droite, deux gros ganglions, l'un situé au-dessous de la mâchoire, l'autre en arrière, au-dessous de l'oreille ; en avant de l'oreille, sur la joue, cicatrice d'un bubon ulcéré ayant duré une vingtaine de jours. Cette cicatrice est la trace de l'accident primitif ; chancre de la *joue*.

La petite sœur de cet enfant est atteinte elle-même de syphilis en activité (syphilis vaccinale, v. *Annales de Dermatol.*, 1890, p. 322, obs. 13) ; contagion familiale peut-être par l'intermédiaire d'objets de toilette, la fillette n'ayant pas d'accidents buccaux, mais seulement des syphilides génito-anales.

51. — 14 *avril*. Femme. H. B..., 24 *ans*, *blanchisseuse*.

Cicatrice indurée d'un chancre situé sur la moitié droite de la *lèvre inférieure ;* double adénopathie sous-maxillaire ; roséole, syphilides buccales. La malade est mariée ; son mari est actuellement sain.

52. — 17 *mai.* Homme, E. M..., 33 *ans, garçon de café.*

Malade se présentant avec une syphilide papulo-tuberculeuse généralisée ; organes génitaux sains. Mais au *doigt médius* de la main gauche, ulcération plate de la largeur d'une pièce de 20 centimes, située au bord adhérent de l'ongle ; le doigt est enflé et rouge. Pas de ganglion épitrochléen ; mais adénopathie axillaire assez développée. Le malade est marié et dit sa femme bien portante ; il nie tout rapport extra-conjugal. En novembre 1889, le doigt a été blessé (pincé dans une porte) et l'ongle est tombé. C'est un mois après qu'est apparue l'ulcération qui n'a jamais guéri.

53. — 27 *juin.* Homme. G. L..., 27 *ans, fumiste.*

Chancre syphilitique de la *lèvre inférieure*, de la largeur d'une pièce de 2 francs, et situé à la partie médiane de la lèvre. Deux petits ganglions situés sur la ligne médiane en arrière du maxillaire. Syphilide papuleuse généralisée.

54. — 3 *août.* Femme. W..., 30 *ans, cartonnière.*

La malade est mariée depuis un mois ; elle se présente avec une ulcération de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, à base indurée, occupant la partie médiane de la *lèvre inférieure.* Cette ulcération dure depuis trois semaines environ : ganglion sous-maxillaire droit de la grosseur d'un petit marron ; ganglion gauche de la grosseur d'une prune. Céphalée depuis quelques jours. Le mari, examiné, est reconnu sain.

55. — 6 *octobre.* Homme. X..., 28 ans, *garçon limonadier.*

Chancre typique du *menton* durant depuis 31 jours, de la dimension d'une pièce de 2 francs ; deux ganglions situés en arrière du maxillaire et gros comme de petites noix. Pas encore de roséole. Origine inconnue.

56. — 18 *octobre.* Homme, 28 *ans, boulanger.*

Syphilides psoriasiformes du tronc, syphilides labiales ; organes génitaux sains. — Cicatrice au *menton*, située un peu à gauche de la ligne médiane, de la largeur d'une pièce de un franc. — Adénopathie sous-maxillaire presque disparue. Le chancre est apparu vers la fin du mois de juin. — Origine inconnue.

57. — 21 *octobre.* Homme. X..., 21 *ans.*

Étant au régiment, à l'infirmerie pour une entorse, a vu apparaître au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'*annulaire droit* un petit bouton qui grandit peu à peu et qui se présente actuellement sous la forme d'une petite tumeur molle, encore exulcérée à son centre, sur une surface égale à celle d'une pièce de cinquante centimes et de couleur chair musculaire. — Il y a eu un bubon épitrochléen qui a suppuré et a été ouvert en ville par M. le Dr Dubief, qui nous présente le malade. — Syphilides papuleuses et papulo-squameuses.

58. — 18 *novembre.* Femme. B..., 22 *ans, journalière.*

Chancre typique de la *lèvre inférieure*, situé un peu à gauche de la ligne

médiane, en voie de cicatrisation ; durée 2 mois. — Ganglion sous-maxillaire gauche de la grosseur d'un œuf de pigeon, celui de droite est moins volumineux. — Syphilides cutanées et muqueuses.

59. — 29 *novembre*. Homme. Ch. F..., 20 *ans, employé.*

Petit chancre de la *lèvre supérieure*, occupant surtout la face muqueuse, un peu à droite de la ligne médiane. — A droite, deux ganglions sous-maxillaires gros comme de petites noix ; à gauche, un ganglion. — Le chancre dure depuis trois semaines. — Croûtes du cuir chevelu ; roséole.

60. — 5 *janvier* 1891. Homme. N. B..., 26 *ans, facteur de pianos.*

Chancre de la *lèvre inférieure,* occupant la portion muqueuse de la lèvre, près de la commissure ; deux ganglions sous-maxillaires ; durée cinq semaines. — Roséo e.

61. — 17 *janvier*. — Homme. F. L..., 22 *ans, dessinateur.*

Petit chancre de la grosseur d'un pois, situé sur la face muqueuse de la *lèvre supérieure ;* ganglion sous-maxillaire à droite de la grosseur d'un œuf de pigeon.

62. — 17 *janvier*. Homme. S. C..., 24 *ans, clerc de notaire.*

Chancre ecthymateux de la *lèvre supérieure*, situé à la partie moyenne de la lèvre ; gros bubon sous-maxillaire gauche. — Origine vénérienne.

63. — 31 *janvier*. Homme. E. N..., 32 *ans, déménageur.*

Deux chancres papuleux de la face dorsale de la *langue*, gros actuellement comme de grosses lentilles. — Petits ganglions sous-maxillaires. Durée : un mois. Roséole, syphilides impétigineuses du cuir chevelu.

64. — 23 *mai*. Homme. François P..., 27 *ans, garçon de magasin.*

Chancre de la *lèvre supérieure ;* ulcération à fond lisse, rougeâtre, longue de deux centimètres environ, sur un centimètre de large. Durée : un mois et demi. Adénopathie sous-maxillaire gauche.

65. — 10 *septembre* 1891. Homme. X..., 30 *ans, employé.*

Se présente avec des syphilides papuleuses discrètes du tronc, du cou et de la paume des mains. Il dit avoir eu vers le milieu de juillet un chancre du frein qui a duré une dizaine de jours et s'est accompagné d'un bubon suppuré, chancre qualifié d'ailleurs de *chancre mou* par le professeur Spillmann (de Nancy). Les organes génitaux ne présentent en effet aucune trace d'un chancre syphilitique, mais en examinant la gorge on constate que l'*amygdale gauche* est dure, hypertrophiée, de teinte gris rosé. A l'angle de la mâchoire, du même côté, ganglion gros comme un petit marron qui serait le reste d'un ganglion beaucoup plus gros : diagnostic, ancien chancre simple de la verge, chancre syphilitique de l'*amygdale.*

66. — 16 *septembre*. Homme. Th. P..., 31 *ans, mécanicien.*

Se présente avec une syphilide papuleuse, pas de chancre génital. —

Dans la région sous-maxillaire gauche, 2 ganglions indurés. — Sur le bord cutanéo-muqueux de la *lèvre supérieure*, plaque allongée, indurée, de couleur rouge foncé ; à l'extrémité de la *langue*, un peu à droite de la ligne médiane, petite cicatrice blanchâtre d'un bouton ayant duré trois semaines au dire du malade. — Céphalées ; alopécie.

67. — 27 *octobre*. Homme. Pierre R..., 24 *ans*, *menuisier*.

Lésion de la pointe de la *langue*, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, de couleur grisâtre, bordée d'un petit liséré jaune, légèrement indurée. Ganglion gros comme une petite noix à l'angle de la mâchoire à droite. — Début des accidents, 3 mois. — Roséole, papules croûteuses du cuir chevelu.

68. — 27 *octobre*. Homme. Eugène B..., 28 *ans*, *menuisier*.

Se présente couvert d'une roséole et avec des papules syphilitiques des paumes des mains ; pas de lésions génitales. Sur la face palmaire de l'*annulaire droit*, à l'union de la phalangette avec la phalangine, petite tumeur aujourd'hui en partie cicatrisée et bourgeonnante qui au dire du malade, a commencé à paraître vers la fin de juillet, succédant à une écorchure produite par un clou. Le ganglion épitrochléen est volumineux (petite noix) et dur. — La maîtresse de ce malade, examinée, est trouvée atteinte de syphilides vulvaires et périanales hypertrophiques durant depuis plusieurs mois.

69. — 27 *octobre*. Femme. Fanny G..., 22 *ans*.

Chancre de la *commissure gauche ;* début en juillet 1891 : adénopathie sous-maxillaire. — Début de roséole.

70. — Homme. Jules Z...

Chancre de la *lèvre supérieure :* érosion superficielle large de 1 centimètre, arrondie, induration foliacée. Adénopathie sous-maxillaire gauche. — Roséole.

71. — Homme. Jean N..., 33 *ans*.

Sur le bord de la *lèvre inférieure*, à droite, ulcération recouverte d'une croûte jaunâtre de forme oblongue (1 cent. et demi de long sur un demi de largeur) durant depuis un mois ; toute la lèvre inférieure est gonflée ; engorgement sous-maxillaire à droite. — Roséole. Plaque buccale.

72. — Homme. Ernest Duf..., 23 *ans*, *employé*.

Se plaint de la gorge depuis trois mois : actuellement l'*amygdale droite* est gonflée, indurée et le siège d'une exulcération jaunâtre. — Grosse adénopathie sous-maxillaire droite. — Roséole.

73. — Homme. Joseph G...

Chancre de la pointe de la *langue*, large comme une pièce de 1 franc; engorgement ganglionnaire sous-maxillaire énorme.

74. — Homme. Fl. X..., 42 *ans*, *ouvrier en pipes*.

Depuis cinq semaines apparition à la *lèvre inférieure* à droite, d'un

petit bouton qui a grossi et est aujourd'hui cicatrisé presque complètement; adénopathie sous-maxillaire droite ; syphilide papuleuse depuis 10 jours. — Rien aux organes génitaux.

75. — Homme. X..., 30 *ans*, *employé*.

Chancre de la *lèvre supérieure*, situé à la partie médiane et durant depuis 3 semaines — Début de syphilide papuleuse.

Si nous résumons en quelques lignes les résultats fournis par ces 75 observations, voici ce que nous trouvons, au point de vue des individus atteints :

48 hommes.
24 femmes.
3 jeunes enfants.

Nos 75 malades représentent entre eux 86 chancres, quelques-uns d'entre eux ayant eu des chancres multiples.

Sur ces 86 chancres, 68 sont des chancres céphaliques, comme cela ressort habituellement des statistiques déjà faites ; ils se répartissent ainsi :

Chancres de la lèvre supérieure.	25.	14	hommes,	9	femmes,	2	enfants.
— — inférieure..	14.	10	—	4	—		
— des lèvres et commissures	7.	3	—	3	—		
— de la langue	4.	3	—				
— de l'amygdale	6.	5	—	1	—		
— de la joue	2.	1	—	1 enfant (garçon).			
— du menton	10.	9	—				

Donc 56 chancres buccaux sur 86 chancres extra-génitaux !

Les 18 chancres restants se divisent ainsi :

Chancres des seins	5.	3	femmes.
— de l'anus	4.	3	hommes, 1 femme.
— de la région ombilicale	1.	1	femme.
— des avant-bras	3.	1	homme.
— des doigts, index gauche	1.	1	—
— — médius	1.	1	—
— — annulaire droit	2.	2	—
— de la cuisse	1.	1	femme.

Les chancres multiples se rapportent aux observations :

1) 3 chancres des seins, 2 à gauche, 1 à droite ; 32) 3 chancres des avant-bras, 2 de la région du coude droit, 1 de la région du coude gauche ; 33) 2 chancres des lèvres ; 36) 3 chancres des lèvres, 1 à la lèvre supérieure, 2 à la lèvre inférieure ; 41) 2 chancres du

menton; 63) 2 chancres de la langue. Enfin quelques-uns des malades étaient atteints en même temps de chancres génitaux : 13) menton et *verge ;* 14) doigt et *verge ;* 20) lèvre et *vulve ;* 36) 3 chancres des lèvres, 1 du menton, 1 du *prépuce ;* 46) menton et *fourreau.*

Les résultats de cette statistique viennent confirmer ceux des statistiques précédentes relativement à la fréquence des chancres céphaliques et surtout des chancres buccaux qui entrent pour les deux tiers dans la somme générale ; toutefois dans la série présente, les chancres de la *lèvre supérieure* sont plus nombreux que ceux de la lèvre inférieure, contrairement à ce qui a lieu ordinairement : nous attirons l'attention aussi sur le nombre relativement très élevé des chancres du *menton*, presque tous dus à une contagion par le *barbier ;* en revanche, les chancres des seins sont relativement rares.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 7 JUILLET 1892

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE : A propos du procès-verbal : Errata. — Dysidroses, par M. Barthélemy. — Microbe du chancre mou, par M. Quinquaud. — Un cas d'angiokératome, par M. L. Brocq. (Discussion : MM. Vidal, E. Besnier, Barthélemy.) — Des rapports qui existent entre les alopécies de la kératose pilaire et les alopécies dites séborrhéiques, par M. L. Brocq. (Discussion : MM. Hallopeau, Quinquaud.) — Gommes symétriques des régions épitrochléennes ; cause probable de cette localisation, par M. Hallopeau. — Pityriasis rubra pilaire offrant les localisations de l'eczéma séborrhéique, par M. Hallopeau. (Discussion : MM. E. Besnier, Vidal.) — Dix-sept cas de cheveux moniliformes (monilithrix) dans une même famille, par M. Sabouraud. (Discussion : MM. Hallopeau, Vidal.) — Lichen plan scléreux, par M. Darier. (Discussion : MM. Hallopeau, Fournier, E. Besnier.) — Lésions lupiformes de la face ; amélioration par le traitement antisyphilitique, par M. Hudelo. — Hystéro-syphilis ; carie ethmoïdienne ; hémiparésie et hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche, par M. Hudelo. (Discussion : MM. Fournier, Barthélemy, Gaucher.) — Vitiligo et pelade décalvante, par M. Feulard. (Discussion : MM. Hallopeau, E. Besnier.) — Syphilis nerveuse d'origine héréditaire, par M. Gilles de la Tourette. — Chéloïdes du lobule de l'oreille développées chez une petite fille de 3 ans à la suite du percement de l'oreille, par M. Estrada (Discussion : MM. E. Besnier, Vidal.) — Hydrargyrie, par M. Morel-Lavallée. (Discussion : MM. Fournier, Besnier.) — Considération sur le traitement de la pelade, par M. P. Raymond. — Nouveau cas de trichophytie plantaire, par M. Djelaleddin-Moukhtar. (Discussion : M. Fournier.) — Contribution à l'étude des atrophies musculaires d'origine blennorrhagique, par M. Oudin. — Recherches cliniques sur le prurigo de Hebra, par M. Ehlers. — Cas de pemphigus gangreneux, par M. Mansouroff. — Élection.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Errata du Bulletin de la séance du 9 juin.

Page 299, ligne 31, au lieu de : Sur un cas de déformation tuberculeuse du doigt, lire : Sur un cas de déformation tuberculeuse des doigts.

Page 318, ligne 5, au lieu de : Épithélioma pavimenteux lobulé, lire : Épithélioma tubulé.

Dysidroses

Par M. Barthélemy.

A l'occasion des cas de dysidroses rapportés par M. Hallopeau dans la dernière séance, je désire signaler à la Société deux faits qui ont été depuis lors soumis à mon observation : l'un de dysidrose chronique, l'autre de dysidrose aiguë.

Le premier cas se trouvait chez une fillette de 15 ans, maigre, pâle, nerveuse, digérant mal, ayant par suite une hyperhydrose habituelle des mains, dont la paume était constamment moite, humide, poisseuse.

Cette condition d'être perpétuellement imprégnée d'une sueur probablement irritante, avait amené çà et là à la paume des mains, aux éminences hypothénar, et sur les faces latérales des doigts, des vésicules hydroïques, des irritations épidermiques consécutives, des démangeaisons, des rougeurs, des plaques desquamées, tous phénomènes donnant l'idée d'eczéma sec, bien que ce n'en fût vraiment pas.

L'hydrothérapie, un régime alimentaire approprié, un peu d'antisepsie intestinale, localement des poudres de talc, de la pâte de zinc, quelques frictions à l'alcool salolé, semblent avoir en quelques semaines, très notablement amélioré une dermatose sans cesse récidivante, depuis deux ou trois années.

Le deuxième cas donnait l'impression d'un vaste eczéma aigu, développé brusquement en l'espace d'une nuit, sur les régions antéro-internes des jambes, sur les pieds, et jusque dans les interstices des orteils dont les faces latérales et dorsale étaient couvertes de vésicules perlées, soit isolées, soit confluentes et formant alors des bulles inégales caractéristiques : chose remarquable la plante des pieds était et resta absolument indemne.

A la face interne et médiane de la jambe droite il y avait une large phlyctène remplie de sérosité couleur pierre à fusil ; d'ailleurs, absolument rien sur le reste du corps excepté un peu d'herpès labial, car il y eut deux violents accès de fièvre à 8 jours d'intervalle.

Le malade ressentit une sensation d'excessive chaleur sèche, puis des démangeaisons très pénibles et au bout de quelques heures, en même temps que des sueurs brusquement développées, apparut l'éruption. Il y avait une violente rougeur, presque vineuse, du purpura très marqué, du gonflement et de la tuméfaction de la peau, voire de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané au niveau des malléoles et du cou-de-pied. Ces régions restèrent même infiltrées pendant trois semaines, c'est-à-dire 8 jours après que la desquamation eût commencé et que la dermite et la rougeur eurent disparu.

Les bains, les cataplasmes de fécule boriquée, le jour ; les poudres en très épaisses couches et la toile isolante pendant la nuit ; plus tard la pâte d'oxyde de zinc et de dermatol, furent les moyens employés. A l'intérieur, des purgatifs, des alcalins, du lait et une demi-diète furent prescrits.

Cette éruption, vraiment effrayante par sa soudaineté et par son intensité du début, guérit rapidement, après quelques poussées de moins en moins fortes, bien plus vite, en vérité, que n'eût fait un eczéma.

Elle survint brusquement, en même temps que des sueurs profuses et acides, chez un homme, fort, sanguin et goutteux, à la suite d'une violente indigestion, à laquelle de la marée, probablement altérée par les chaleurs, ne fut pas étrangère.

Cette *éruption névrodermique* nous semble être liée à des troubles digestifs et sa *nature toxidermique* pouvoir être défendue.

Sur le microbe du chancre mou, par MM. Ch. E. Quinquaud et M. Nicolle.

Ferrari et Manino, dans leurs recherches sur le chancre mou et les bubons consécutifs n'ont fait aucun essai de culture.

En 1884, Straus avait eu l'idée d'isoler l'élément contagieux du chancre mou et afin d'écarter les micro-organismes, qui se trouvent accidentellement à la surface du chancre exposée à l'air, il dirigea ses investigations sur le pus du bubon non encore ouvert, et le trouva constamment stérile dans divers milieux.

En 1884, de Lucca (de Catane), dans un travail intitulé : *il micrococco dell'ulcera molle*, crut avoir résolu le problème et annonça que le principe contagieux du chancre mou réside dans un micro-organisme spécial, le micrococcus ulceris, lequel inoculé en culture pure, reproduirait chez l'homme le chancre mou. Ce micrococcus existe sous la forme d'éléments isolés ou réunis en zooglées avec quelques diplococci ou quelques chaînettes de cocci, il se développe bien dans la gélatine nutritive de viande, dans celle du sang, sur les pommes de terre et même dans le sérum de l'ascite, à la température ordinaire, ou mieux encore et plus rapidement entre 28 et 38°.

Ducrey dans un travail présenté au Congrès de dermatologie de 1889 (*Recherches expérimentales sur la nature intime du principe contagieux du chancre mou*) décrit quelques-uns des caractères du microbe pathogène du chancre mou ; à l'aide d'inoculations successives de bras à bras, il obtint une sécrétion, dont le micro-organisme ne se cultive plus dans les milieux ordinaires, c'est une bactérie, qui se colore par la fuchsine, le violet de méthyle, le violet de gentiane et ne se colore pas par le Gram.

Enfin Unna envoie une note à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie (9 juin 1892), dans laquelle il déclare avoir pu colorer le bacille par le bleu de méthylène et décolorer par le sty-

rone ou l'éther glycérique. Dans un travail plus complet publié dans son journal, Unna confirme ces résultats.

Nous avons également, de notre côté, réussi à colorer le microbe du chancre mou par une *méthode spéciale*, nous paraissant préférable à celles qui ont été employées jusqu'ici ; elle consiste à colorer les coupes avec un bleu de méthyle phéniqué et à des hydrates et éclaircir avec de l'huile d'aniline mélangée de xylol ; on voit alors un bacille en chaînettes tortillées, tordues, très nombreuses et très longues disposées dans le tissu même du chancre mou excisé ; ces cordonnets siègent dans les espaces lymphatiques, en dehors des cellules. L'aspect d'une de ces coupes est tellement caractéristique, qu'il est possible au premier coup d'œil d'établir le diagnostic, comme les membres de la Société peuvent s'en convaincre en examinant les coupes histologiques placées sous ce microscope.

Indépendamment de ces caractères positifs, il en possède de négatifs, qui nous paraissent avoir leur importance ; il ne se colore pas par la méthode de Gram, ni par le procédé ordinaire de Kühne ; nous avons essayé de le cultiver sur les milieux les plus divers, toujours sans succès ; nous l'avons inoculé avec une lancette à des cobayes, à des lapins et à un singe (cercolebus fulisinodus) ; nous l'avons injecté dans les veines de l'oreille des lapins, sans déterminer aucun trouble appréciable.

Sa constance, sa multiplicité, ses caractères primitifs et négatifs établissent nettement qu'il s'agit d'un bacille spécial, qui nous paraît identique à celui décrit par Unna.

Inutile d'insister sur le haut intérêt pratique d'une telle détermination pour élucider des questions de diagnostic.

Un cas d'angiokératome,

Par M. L. Brocq.

Bien que les recherches de Breda, de Dubreuilh, de T. C. Fox, de Bertarelli, de Buzzi, et surtout de Mibelli et de Pringle, etc..., aient à peu près complètement à l'heure actuelle élucidé l'histoire clinique et anatomo-pathologique de l'angiokératome, cette affection n'a pas encore été assez souvent observée pour qu'il m'ait semblé inutile d'en présenter un nouveau cas à la Société.

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, employé de commerce, qui a eu pendant tous les hivers des engelures aux mains, jusqu'à l'âge de 15 ans. Depuis deux ans, il n'en a plus, mais les mains sont bleuies, froides, cons-

tamment moites ; la circulation y est imparfaite, ainsi que le prouve la lenteur avec laquelle s'efface l'impression digitale. Bref il y a un certain degré d'asphyxie locale des extrémités. Les lésions d'angiokératome ont commencé à se montrer vers l'âge de 9 ou 10 ans, sous la forme de petits points rouges, d'abord minuscules, puis qui sont devenus peu à peu plus apparents. C'est la face latérale interne de l'annulaire de la main gauche qui a été la première atteinte.

Actuellement tous les doigts sont intéressés sauf les pouces ; or, d'après le malade, les pouces n'auraient jamais eu d'engelures. La face palmaire des phalanges est pour ainsi dire indemne : il faut en excepter cependant le petit doigt de la main droite où les lésions de la face interne empiètent légèrement sur la face palmaire, au niveau de la deuxième phalange. Les régions les plus envahies sont la face dorsale des doigts et un peu leurs faces latérales, quoiqu'elles le soient d'une manière fort irrégulière. Le maximum des lésions se trouve aux faces dorsale et latérale interne des deux dernières phalanges de l'annulaire gauche, ce qui s'explique tout naturellement puisque c'est par là que la maladie a débuté. On l'y observe à toutes ses périodes de développement. L'aspect initial est celui d'un tout petit point rouge, minuscule, situé dans la profondeur même du derme, formant, lorsqu'on l'examine à travers une lame de verre comprimant les tissus, un petit point arrondi d'un rouge vif, tranchant par sa netteté et sa coloration sur la teinte pâle des tissus périphériques. Quand la lésion ne fait que commencer à poindre, la teinte rouge rosé s'efface complètement lorsque l'on exerce une pression suffisamment forte, mais pour peu que le processus morbide soit plus avancé, la teinte ne s'efface pas complètement par la pression, elle ne fait que pâlir légèrement, ou pour mieux dire, que devenir un peu moins foncée ; ces éléments sont complètement isolés les uns des autres (1er *degré*), ou bien (2e *degré*) groupés par deux, trois, ou plusieurs, de façon à former de petites taches d'un rouge assez vif, qui se décomposent fort nettement, soit à l'œil nu, soit après compression avec la lame de verre, en plusieurs petits points distincts. A un 3e *degré*, ces petites taches, plus franchement érythémateuses, par places d'un rouge livide, font une certaine saillie au-dessus du niveau des téguments voisins, et sur certaines d'entre elles l'épiderme est légèrement grenu et a même de la tendance à être un peu corné. Enfin à un 4e *degré*, les lésions encore plus développées constituent de véritables saillies grisâtres, ou d'un gris bleuâtre, ressemblant à des verrues, portant à leur surface un peu de tissu corné qui devient plus évident par le grattage. Au-dessous de cette couche hyperkératosique, on voit par la pression avec la lame de verre, les petits points rouges primitifs ; mais ces derniers, au niveau des lésions les plus importantes, semblent plus irréguliers, parfois même ouverts les uns dans les autres, au lieu d'être bien nettement isolés et arrondis comme dans les premières phases de l'affection. Il n'y a pas la moindre sensation de gêne, de douleur ou de prurit. Les ongles n'offrent rien de particulier.

Les pieds n'ont jamais eu d'engelures et ils ne présentent pas de lésions d'angiokératome.

Ce cas est, comme vous le voyez, parfaitement classique : les lésions

se sont développées à la suite d'engelures chez un jeune homme ayant un certain degré d'asphyxie locale des extrémités. Il est assez intéressant en ce que l'on peut bien observer tous les divers degrés de l'affection, depuis sa première origine presque imperceptible jusqu'à la production des saillies kératosiques.

Je n'insiste pas sur la légitimité du mot d'angiokératome que j'adopte définitivement pour cette dermatose, bien que je l'aie autrefois appelée *télangiectasies verruqueuses*, car il a été consacré par le remarquable mémoire de Mibelli.

Je ne veux attirer votre attention en terminant que sur le traitement institué. D'après la méthode préconisée par Pringle j'ai commencé à faire de l'électrolyse avec une pointe fine que j'adapte au pôle négatif tandis que l'on applique le pôle positif sous la forme d'une plaque sur l'un des avant-bras. Je me suis servi ici d'un courant de 5 milliampères d'intensité ; malheureusement mon malade n'est pas aussi courageux que la jeune fille du Dr Pringle qui s'est laissé détruire à chaque séance plus d'une centaine de ces petites lésions. Après 5 ou 6 piqûres notre malade demande que l'on cesse.

Bien que nous ne lui ayons encore fait que deux séances, comme l'électrolyse a déjà agi sur les points les plus atteints, on peut prévoir que le résultat sera excellent. Les saillies kératosiques sont bien moindres et l'aspect angiomateux des lésions touchées est complètement modifié. S'il survient quelque incident dans le traitement j'en ferai part à la Société.

M. Vidal demande si l'on n'aurait pas autant d'avantage à se servir de l'électropuncture que de l'électrolyse.

M. Ernest Besnier. — Le fait de M. Brocq appartient aux variétés discrètes, et est, comme il l'a dit, typique ; ce sont les cas de ce genre que l'on désignait anciennement à l'hôpital St-Louis sous le nom de lichen télangiectasique.

Sans nul doute, dans le traitement, l'électrolyse doit être préférée à la galvano-caustique ponctuée, à la fois en raison des cicatrices, et à cause des hémorrhagies assez intenses que produit parfois la galvano-caustique, même exécutée avec les aiguilles au rouge sombre.

M. Barthélemy. — J'ai vu en 1889, avec le professeur Le Fort, un cas analogue à celui que nous montre M. Brocq, chez une jeune fille de 12 ans. M. Le Fort traita les points angiectasiés par l'électrolyse, l'aiguille positive fixe dans les tissus, l'aiguille négative mobile faisant eschare là où il fallait. Comme il fallait faire en une séance un grand nombre d'électropunctures, nous endormîmes la malade qui ne perdit pas une goutte de sang.

Des rapports qui existent entre les alopécies de la kératose pilaire et les alopécies dites séborrhéiques.

Par L. Brocq.

(Voir p. 773.)

M. Hallopeau. — Je ferai remarquer que dans ce cas il n'y a pas d'aplasie moniliforme des cheveux, que MM. Besnier et Brocq ont cependant rattaché à la kératose pilaire.

M. Brocq. — Je ne crois pas que ni M. Besnier ni moi nous ayons dit qu'il y avait toujours de l'aplasie moniliforme dans la kératose ; nous avons seulement voulu dire que l'on trouve des éléments papuleux de kératose pilaire à la base des poils atteints d'aplasie moniliforme.

M. Quinquaud. — Les cas comme celui qui vient d'être présenté ne sont pas absolument rares. J'en poursuis l'observation depuis plusieurs années sur des adultes. Ils sont remarquablement tenaces et les squames dès qu'on cesse le traitement, reparaissent continuellement à la base des poils. Dans un cas que j'ai étudié la maladie a débuté par le cuir chevelu et c'est ensuite que la kératose s'est montrée sur le corps. Leurs variétés sont très multiples et on peut observer toutes les formes d'autant qu'à un certain moment l'état granuleux de la peau peut disparaître, la lésion des cheveux persistant seule.

Gommes symétriques des régions épitrochléennes; cause probable de cette localisation.

Par H. Hallopeau.

Les localisations symétriques de tumeurs gommeuses ne sont pas très exceptionnelles : M. Jullien en cite dans son traité trois exemples appartenant à MM. Mauriac, Dulong et Basset; ces derniers avaient été communiqués à leurs auteurs par M. Fournier; M. Jullien en cite également un cas qui lui est personnel ; dans tous ces faits, les néoplasies occupaient des régions exactement symétriques des membres supérieurs ou inférieurs; chez une malade de notre service, nous avons constaté l'existence de larges cicatrices d'origine syphilitique sur chacun des moignons de l'épaule.

Si donc nous croyons devoir vous présenter aujourd'hui un nouvel exemple de ces localisations symétriques, ce n'est donc pas à cause de la rareté du fait, mais seulement dans le but de chercher quelle peut en être la cause, quelle en est l'explication la plus plausible.

L'observation de notre malade est tout à fait typique :

Mme G..., âgée de 36 ans, est atteinte d'une syphilis dont le début paraît remonter à un peu plus de 2 ans : elle a eu en effet à cette époque une éruption généralisée qui a intéressé simultanément la gorge et persisté pendant trois mois environ. La malade avait depuis longtemps cessé tout traitement quand, en novembre 1891, apparaît une tuméfaction douloureuse à la partie interne du coude gauche; elle atteint bientôt le volume d'un œuf; en février, une tuméfaction semblable se produit à la partie interne du coude droit, dans une région exactement symétrique ; sous l'influence d'un traitement ioduré les tumeurs disparaissent au bout d'un mois.

Le 1er juin, une tuméfaction semblable se manifeste de nouveau à la partie interne du coude gauche, au niveau de l'épitrochlée ; le 10 juin, une tumeur semblable se produit au niveau de l'épitrochlée du membre supérieur droit. Nous constatons aujourd'hui ces localisations : de chaque côté, il s'agit de tumeurs gommeuses ulcérées ; elles sont mobiles sur les parties profondes et par conséquent indépendantes du squelette. Il n'existe concurremment aucune autre manifestation syphilitique.

Comment peut-on comprendre cette localisation exactement symétrique dans deux régions qui ne diffèrent en rien par leur structure des autres parties des membres ?

Le plus souvent les localisations des néoplasies syphilitiques peuvent être rapportées à ce fait que, chez les différents sujets, certains tissus offrent seuls un terrain favorable à la germination du contage spécifique : ce sont, chez les uns, les glandes pilo-sébacées; chez d'autres, le squelette; chez d'autres, les matrices des ongles; chez d'autres, les centres nerveux; l'on voit alors, chez ces mêmes sujets, se développer successivement des néoplasies spécifiques dans l'un ou l'autre de ces tissus. On ne peut ici invoquer rien de semblable : le tissu cellulaire sous-cutané des parties internes des coudes n'offre, nous le répétons, rien de particulier dans sa structure.

La symétrie des dermatoses s'explique quand on peut les rapporter à un trouble d'origine centrale dans l'innervation vaso-motrice : il en est ainsi des dystrophies cutanées liées à l'asphyxie locale des extrémités, mais il est impossible d'attribuer une semblable origine aux tumeurs gommeuses, puisqu'elles sont en toute évidence produites par la germination d'éléments infectieux.

L'intervention de troubles trophiques peut seule cependant donner une solution au problème qui nous est posé, mais ces troubles ne sont pas d'origine centrale : il faut en chercher le point de départ dans le développement de la première tumeur gommeuse; selon toute vraisemblance, elle détermine à distance, dans la nutrition des parties symétriques du membre opposé, des troubles qui les transforment en un milieu de culture favorable au développement du contage; les germes virulents qui émanent de la première néoplasie en évolution vont se localiser dans la région ainsi modifiée et y déterminent

l'apparition d'une nouvelle tumeur qui évolue comme la première. Si cette interprétation est exacte, le développement des néoplasies dans les deux membres doit être, non simultané, mais successif; or dans les deux cas où cette chronologie est indiquée, celui de M. Jullien et le nôtre, nous pouvons dire les deux nôtres, car cette localisation symétrique s'est reproduite deux fois chez notre malade à quelques mois de distance, la seconde néoplasie ne s'est produite qu'après un laps de temps qui a varié de quelques jours à près de 3 mois.

La possibilité de troubles trophiques survenant dans des régions symétriques est établie depuis longtemps par les faits d'ophtalmie dite sympathique; deux observations qui nous sont personnelles et que nous avons communiquées en 1878 et en 1880 à la Société de biologie ont montré que des troubles de même nature peuvent se produire dans les téguments. Dans un cas que nous avons observé avec M. Neumann, l'application successive chez un arthritique de deux vésicatoires sur le côté gauche de la poitrine, au niveau du mamelon, a déterminé une inflammation suppurative des glandes sébacées du mamelon droit; les choses se sont passées comme si l'irritation des nerfs appartenant à l'aréole et au mamelon gauches s'était transmise dans le centre spinal au noyau d'origine des nerfs vaso-moteurs de l'aréole droite et y avait ainsi déterminé des troubles de nutrition phlegmasipares. Le mécanisme a été plus compliqué dans notre seconde observation : il s'agit d'un jeune homme chez lequel l'application trop prolongée du pôle négatif d'un courant galvanique, faite dans le but de combattre une paralysie d'origine saturnine, détermina la production d'une eschare mesurant environ 5 centim. de diamètre; trois semaines après, le malade accusait de la douleur dans un point exactement symétrique du membre opposé; bientôt la peau a rougi, s'est tuméfiée dans cette même région et l'on a vu apparaître, au centre de la partie ainsi altérée, une tache gangreneuse qui s'est rapidement étendue, si bien qu'au bout de peu de jours elle mesurait 12 centim. de diamètre; nous avons admis, pour expliquer ces faits, que les excitations parties du premier foyer ont provoqué à distance un trouble dans l'innervation trophique de l'autre membre, et l'ont transformé ainsi en un terrain favorable à la germination des microbes générateurs de la gangrène qui provenaient du foyer initial; ainsi donc deux influences ont dû concourir à produire chez ce sujet un second foyer gangreneux symétrique au premier : en premier lieu un trouble trophique réflexe, ultérieurement l'apport par la circulation dans le tissu ainsi modifié d'éléments infectieux provenant du foyer initial.

Si nous ne nous trompons, cette interprétation est applicable aux faits de gommes symétriques; ici encore, la première tumeur doit déterminer, dans une région symétrique à celle dans laquelle elle s'est déve-

loppée, un trouble de l'innervation trophique qui la transforme en un milieu de culture favorable pour les éléments infectieux qui émanent du premier foyer.

Nous avons entrepris, à l'appui de notre hypothèse, une série de recherches dans le but de déterminer si une lésion profonde amène des troubles dans l'innervation vaso-motrice des parties symétriques du membre opposé; nous ne sommes qu'au début de ces études dont les résultats pourraient être négatifs sans que l'on pût rien en conclure contre notre manière de voir, mais dont on ne pourrait contester la valeur, si elles donnent des résultats positifs; or, chez un malade atteint d'une gomme profonde de la partie interne du genou droit, M. Jeanselme a constaté que la région symétrique du membre opposé ne donne au thermomètre qu'une température de 31°,2, tandis qu'au-dessus et au-dessous, la chaleur du membre s'élève à 32°,2 et 32°,7. Nous conclurons de cette discussion que le développement d'une tumeur gommeuse dans une partie d'un membre, peut, selon toute vraisemblance, donner lieu, dans la partie exactement symétrique du membre opposé, à un trouble de l'innervation trophique qui la transforme en un milieu de culture favorable à la prolifération des germes contages provenant du premier foyer et y détermine ainsi la production d'une nouvelle tumeur gommeuse identique à la première.

Sur un nouveau cas de pityriasis rubra pilaire offrant les localisations de l'eczéma séborrhéique et la nature probable de cette dermatose.

Par H. Hallopeau.

Dans la réunion clinique qui a eu lieu à l'hôpital Saint-Louis le 21 février 1889, nous avons présenté un enfant atteint d'un *pityriasis rubra pilaris* dont les localisations offraient une remarquable analogie avec celles de l'eczéma séborrhéique; ce fait nous avait paru de nature à jeter un certain jour sur la pathogénie de cette dermatose ; nous en avions conclu en effet qu'elle devait reconnaître pour point de départ une viciation dans le fonctionnement de l'appareil pilo-sébacé ; l'analyse des squasmes était venue à l'appui de cette manière de voir en y dénotant la présence de matières grasses dans la proportion de 10 1/2 0/0.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui offre d'une manière frappante ces mêmes localisations.

Il s'agit d'ailleurs d'un type classique de cette maladie, entièrement conforme à la description si remarquable qu'en a faite M. Besnier.

Le nommé L..., entré le 4 juillet au n° 59 du pavillon Bazin, est âgé de 29 ans : sa santé antérieure a été généralement bonne.

Sa dermatose paraît avoir commencé il y a environ 10 ans par un épaississement de l'épiderme des paumes des mains ; il n'a pas empêché jusqu'ici le malade d'exercer sa profession d'ébéniste.

Il y a un an, une éruption s'est manifestée sur le dos des mains ; depuis 15 jours seulement s'est faite la poussée actuelle qui a envahi toutes les parties de la surface du corps.

L... est de petite taille et de constitution moyenne ; sa santé générale n'est nullement altérée.

Tout son cuir chevelu est recouvert d'une couche épaisse de squames très fines, formant comme une poussière blanche ; son épaisseur atteint par places un millimètre ; il n'y a pas d'alopécie. Sur les limites de la région, la confluence de cette desquamation diminue et l'on peut distinguer des saillies isolées, miliaires, acuminées et formées de squames nacrées.

Au visage, le front, la partie postérieure des joues et le menton sont le siège d'une coloration rouge uniforme avec fine desquamation ; un examen attentif permet d'y reconnaître, surtout dans la région frontale, des saillies confluentes d'une grande ténuité qui donnent à la peau un aspect légèrement rugueux et lui méritent la qualification d'ansérine. La partie interne des joues et le nez sont indemnes, à l'exception des sillons qui en séparent les ailes du nez ; ces sillons présentent au contraire une vive rougeur avec desquamation.

Les oreilles sont intactes à l'exception des plis qui les séparent du cuir chevelu.

Au cou, apparaissent les saillies typiques du pityriasis rubra pilaris ; elles sont pour la plupart acuminées, quelques-unes ombiliquées, recouvertes de squames nacrées et brillantes, présentant dans leur partie centrale un poil ou un point noir ; elles sont disposées en séries linéaires correspondant au mode de distribution des glandes sébacées ; par places, elles deviennent confluentes, et forment alors des plaques rouges d'où se détachent les saillies squameuses.

Au-devant du tronc, les saillies sont surtout abondantes au-devant et sur les parties latérales du sternum ; au-devant de la fourchette, elles deviennent confluentes et forment plusieurs cercles grands comme des pièces de 20 centimes.

L'éruption est également abondante dans les régions axillaires ; elle devient au contraire beaucoup plus discrète dans les flancs et au-dessous de l'ombilic.

Dans la région dorsale, les saillies, peu nombreuses aux lombes et derrière les épaules, deviennent très abondantes dans la région interscapulaire ; aux membres supérieurs, les saillies sont nombreuses surtout aux avant-bras et particulièrement à leur partie interne sur le trajet des cubitus ; au-dessous des coudes, elles forment deux plaques allongées et confluentes qui mesurent environ 3 centim. transversalement sur 2 verticalement.

Sur le dos des mains, on voit des plaques rouges avec saillies squameuses

au niveau des articulations des phalanges entre elles et avec les métacarpiens. En outre, sur les parties médianes du dos des phalanges et des phalangines, régions des doigts qui normalement sont seules recouvertes de poils, existent des saillies miliaires avec un poil au centre et desquamation à la périphérie.

Aux paumes des mains, les lésions sont limitées, conformément à la règle posée par M. Besnier, à une surface située au-dessous d'une ligne où cessent les follicules pilo-sébacés et commence la région kérato-sudorale ; elle suit, chez notre malade, le milieu du bord externe du pouce et de la main, le sillon intermédiaire à la face palmaire et à l'avant-bras, et enfin le milieu du bord latéral interne de la main et du petit doigt ; toute la surface ainsi circonscrite est le siège d'une desquamation en lambeaux larges et épais : sur les limites, on constate que les parties sous-jacentes sont le siège d'une rougeur qui disparaît sous la pression du doigt.

Au niveau des membres inférieurs, l'éruption est beaucoup moins abondante ; on ne voit qu'un petit nombre de papules à la partie postérieure des cuisses et des jambes ainsi que sur le dos des pieds.

Partout l'éruption est disposée suivant une symétrie parfaite ; les plaques confluentes elles-mêmes se retrouvent de chaque côté du corps dans les mêmes régions, avec les mêmes caractères, la même forme et les mêmes dimensions.

Les ganglions rétro-auriculaires sont tuméfiés et indurés.

L'étude chimique faite par M. Renard, notre interne en pharmacie, a dénoté dans les squames prises sur le tronc et les membres une proportion de matières grasses qui varient de 20 à 40 0/0.

Il n'y a d'autres troubles fonctionnels qu'un prurit modéré et non constant.

La prédominance des éléments éruptifs dans les lieux d'élection de l'eczéma séborrhéique est aussi manifeste chez ce malade qu'elle l'était chez l'enfant présenté par nous il y a trois ans ; c'est en effet au cuir chevelu, derrière les oreilles, au pourtour des ailes du nez, au-devant du sternum, entre les épaules et sous les aisselles qu'ils sont les plus nombreux. D'autre part, les séries linéaires de saillies que l'on voit sur le cou de notre malade rappellent beaucoup ce que l'on observe dans l'eczéma séborrhéique et, pour ce qui est du pityriasis capitis, il serait impossible de le distinguer du pityriasis séborrhéique si l'on ne tenait pas compte des lésions concomitantes des autres parties de la surface cutanée ; il en est d'ailleurs toujours ainsi.

Comment interpréter ces faits ? Faut-il admettre qu'il y a là une simple coïncidence ou que les parties atteintes d'eczéma séborrhéique constituent un terrain favorable au développement du pityriasis rubra pilaire ? Nous pouvons répondre négativement, car le malade affirme de la manière la plus catégorique qu'il n'avait aucune éruption sur le tronc non plus qu'au cuir chevelu avant ces derniers temps.

Ces localisations identiques ne comportent qu'une explication plausible, c'est que, dans les deux maladies, le siège initial des lésions occupe les mêmes éléments, qui sont les follicules pilo-sébacés et sans doute aussi les glandes sudoripares.

Si nous cherchons à établir quelle peut être dans le pityriasis rubra pilaire la cause prochaine de ces lésions, nous devons nous demander d'abord s'il ne s'agirait pas de parasites qui trouveraient dans ces éléments un terrain favorable à leur développement. Nous croyons pouvoir, comme l'a fait M. Besnier, considérer comme très peu vraisemblable cette supposition : on ne connaît pas en effet de cas de contagion; l'examen histologique a donné à cet égard des résultats constamment négatifs, et enfin la symétrie parfaite des lésions est plutôt en faveur d'une altération de cause interne.

Parmi les hypothèses que l'on peut formuler relativement à la cause probable de lésions limitées dans toute l'étendue de la surface tégumentaire à un même ordre d'éléments, la plus vraisemblable nous paraît être celle d'un trouble dans leurs fonctions : c'est ainsi par exemple qu'il existe des éruptions liées à un trouble dans les fonctions des glandes sudoripares ; la sueur étant altérée dans sa quantité ou ses qualités, les tissus, en vertu d'une prédisposition de nature indéterminée, réagissent par la production de lésions diverses contre l'action de ce produit anormal de sécrétion ; *on est en droit de supposer que les lésions localisées aux lieux d'excrétion des matières grasses peuvent de même être rattachées à un trouble dans l'excrétion ou la constitution de ces substances, ainsi qu'à un mode de réaction anormale des sujets chez lesquels ce trouble se produit et affecter les caractères de l'eczéma séborrhéique, du pityriasis pilaire et de l'acné, suivant la nature variable de ces modifications dans les sécrétions graisseuses et des réactions individuelles ;* il est possible, comme nous l'avons indiqué déjà dans une précédente communication, que la maladie observée pour la première fois par Lutz, décrite par nous sous le nom *d'acné sébacée concrète avec hypertrophie* et généralement connue, depuis les travaux de Darier, sous celui de *psorospermose folliculaire*, ne reconnaisse pas une autre origine, car sa nature parasitaire est encore contestée. A plusieurs reprises nous avons déjà formulé cette interprétation pour ces différents états morbides ; elle seule nous a paru susceptible d'expliquer la plupart des faits observés.

Il est une objection cependant qui peut nous être opposée, c'est la localisation fréquente du pityriasis rubra pilaire à la paume des mains, région dépourvue de glandes sébacées et où, d'après les recherches récentes d'Arnozan, il ne se ferait pas d'excrétion graisseuse chez les sujets sains ; on peut répondre que, si la paume des mains ne contient pas de glandes sébacées, elle est riche en glandes

sudoripares et que, comme l'a bien vu Unna, celles-ci jouent un rôle important dans l'excrétion des graisses ; d'autre part, ce dernier auteur a constaté, contrairement à Arnozan, que la paume des mains sécrète de la graisse, car il a reconnu que son contact graisse le papier ; enfin les recherches d'Arnozan ont eu trait à des sujets sains ; il est possible que chez les malades atteints d'eczéma séborrhéique ou de pityriasis rubra pilaire les choses se passent différemment.

D'après les faits cliniques, il importe peu que l'excrétion, au point de vue de la pathogénie des éruptions que nous venons de nommer, que l'excrétion anormale des matières grasses se fasse par les glandes sébacées ou sudoripares ; dans l'un et l'autre cas, elles donnent lieu aux mêmes phénomènes de réaction du côté soit du derme, soit de l'épiderme chez les sujets prédisposés.

A quelle cause prochaine doit-on rapporter ces troubles dans l'évolution des matières grasses? Ils peuvent être dus, soit à l'ingestion en quantité exagérée de graisses ou de substances qui les engendrent, les féculents, soit à un trouble dans la digestion ou les transformations de ces substances dans l'organisme aboutissant à la production de corps irritants. On pourrait encore émettre l'hypothèse d'une trophonévrose analogue à celle qui, chez certains sujets, produit de l'hyperhidrose ou de la dyshidrose ; celle-là troublerait la sécrétion des matières grasses comme celle-ci trouble celle de la sueur. On peut invoquer enfin, pour expliquer les différentes variétés d'éruption qui se produisent dans ces conditions, des modes de réaction anormaux de l'épiderme sous l'influence de l'excitation produite par l'excrétion de ces corps gras.

Nous ne pouvons qu'indiquer la possibilité de ces diverses interprétations : ce que nous voulons retenir de cette discussion, c'est que *les localisations du pityriasis rubra pilaire se font avec prédilection dans les lieux d'élection de l'eczéma séborrhéique, que l'on est en droit de les rattacher comme cet eczéma à un trouble dans l'évolution et dans l'excrétion des matières grasses en même temps qu'à un mode de réaction spécial aux sujets qui en sont atteints.*

L'existence d'adénopathies dans l'un de nos faits comme dans l'un de ceux de M. Besnier montre qu'elle peut produire un certain degré d'irritation.

Cette étiologie du pityriasis rubra pilaire peut fournir des indications relativement à son traitement ; s'il est réellement dû à l'excrétion de matières grasses en quantité exagérée ou à une altération de ces produits, il est rationnel de soumettre les malades qui en sont atteints à la diète des féculents et des graisses.

M. Besnier. — La discussion que soulève les dernières questions de M. Hallopeau serait trop importante pour pouvoir être poursuivie séance

tenante. Il est au moins prématuré de supposer que l'ingestion de la graisse puisse avoir dans ce cas un rôle pathogénique.

M. Vidal. — On pourrait tout aussi bien, sinon mieux, invoquer l'absence de graisse au contraire dans cette maladie dont le principal caractère est la sécheresse de la peau.

M. Hallopeau. — Je rappelle que l'analyse chimique des squames recueillies sur le tronc et les membres y a dénoté la présence de la graisse dans la proportion de 20-40 0/0.

Dix-sept cas de cheveux moniliformes (monilethrix) dans une même famille.

Par R. Sabouraud.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une observation de monilethrix familial qui semble apporter quelque lumière sur la nature de l'affection rare dont il s'agit.

Les altérations moniliformes du poil ont déjà une bibliographie assez considérable, mais quand on examine les divers cas qu'elle comprend, on se rend assez rapidement compte qu'ils ne se rapportent pas tous à une même affection. Je ne rappellerai que pour mémoire les travaux de MM. Juhel-Rénoy, Raymond, Behrend sur la nature parasitaire de certaines trichorrhexies noueuses.

Quelques auteurs s'appuyant sur ces recherches ont pensé que toutes les déformations nodulaires des cheveux et des poils relevaient d'une origine externe, parasitaire, et que certaines observations de l'étranger relatant de nombreux cas dans une même famille, devaient se rapporter à une transmission par contagion et non à une transmission héréditaire.

Cependant à Saint-Louis même, une première observation fut recueillie par M. le Dr Lailler et publiée dans la thèse de Luce, sur une atrophie congénitale moniliforme du poil.

Depuis 1879 d'assez nombreux cas nouveaux y ont été ajoutés. Walter Smith en publia trois, dont un en collaboration avec Liveing. Il y eut des observations de Thin, de Kaposi, de M. Vidal, de Unna, de Bulkley, de Bury.

Toutes se ressemblaient dans leurs lignes essentielles. Sauf une observation de Smith et celle de Unna où la maladie survint chez l'adulte, toutes les autres se rapportent à une maladie congénitale. La durée indéfinie de l'affection et aussi les symptômes présentés par l'appareil pilo-sébacé sont identiques.

Survint l'observation très connue de Mac Call Anderson, où non seulement on retrouvait la lésion congénitale, mais où elle se montrait manifestement héréditaire ; l'observation comprenait quatorze cas semblables dans la famille, en quatre générations.

Depuis, une recherche plus attentive des observateurs a mieux mis en lumière ce caractère singulier du monilethrix. Une observation de Payne relate deux cas nouveaux chez les deux frères, une troisième de M. Hallopeau présentait six cas semblables en trois générations, d'une même famille. Tous ces cas, et d'autres encore, de MM. Arnozan, Abraham, Wallace, Beatty, ont constitué, ce semble, définitivement, à côté des trichorrhexies noueuses parasitaires, une entité morbide toute différente, comme origine, comme évolution, comme lésions, comme traitement, et qui est la maladie héréditaire, congénitale, appelée par Behrend : *Aplasie moniliforme* des cheveux, et par Crocker du nom plus bref de *monilethrix*. Voici en quelques mots le schéma de cette maladie :

Dans la très grande majorité des cas, elle est congénitale ; l'enfant vient au monde avec des cheveux, mais ils tombent vers la sixième semaine et sont remplacés par des cheveux beaucoup plus rares et moniliformes.

La maladie est localisée ordinairement au cuir chevelu ; quelquefois, seulement aux tempes, ou au vertex ou à la nuque. Le cheveu est régulièrement moniliforme depuis sa racine jusqu'à sa pointe. Il est fragile, et la moindre traction le rompt, toujours au niveau d'un étranglement internodulaire.

Ces cheveux sont si petits et si rares, qu'au premier abord, on pourrait croire à une alopécie totale, aussi est-ce sous ce nom que la maladie fut premièrement décrite.

L'origine de cette affection qui n'est pas microbienne, car ni l'examen direct, ni la culture ne montrent le moindre parasite, ne doit pas être recherchée dans une atrophie simple du follicule, mais semble tenir à une lésion originelle nerveuse centrale. Car ainsi que l'ont fait remarquer MM. Vidal, Besnier, Brocq et Hallopeau, l'atrophie porte sur tout le système pilo-sébacé. La kératose pilaire généralisée existe pour ainsi dire sans exception en concomitance du monilethrix.

Cette affection doit être par conséquent distinguée des trichorrhexies parasitaires, puisque c'est une difformité congénitale, seulement transmissible par hérédité.

Voici une observation de monilethrix héréditaire, qui est je crois la plus *nombreuse* que l'on ait encore publiée sur ce sujet. Elle se rapporte à dix-sept cas de la maladie fournis par cinq générations de la même famille.

L'origine remonte à l'arrière-grand'mère du malade que j'ai interrogé. Son fils, le grand-père maternel de notre malade en hérita. Il eut lui-même six enfants dont cinq présentaient la même infirmité.

Parmi ceux-ci, la mère de notre malade eut neuf enfants dont six étaient atteints. Enfin notre malade qui est lui-même un type de monilethrix, a eu huit enfants dont quatre ont été atteints à leur tour. A ces quinze cas, il faut ajouter encore deux collatéraux, cousins germains de celui que j'ai observé, et petits-fils du même grand-père.

Sur ces dix-sept malades, j'en ai observé trois directement, tous identiques. Les lésions sont cellesqui ont été décrites par Behrend, par Archambault et plus récemment par Beatty. C'est une atrophie du poil, portantsur toutes ses parties, à des intervalles réguliers, en telle façon que de sa racine à sa pointe, il est constitué par une série de renflements nodulaires égaux entre eux séparés par des étranglements tous semblables.

Nous mentionnerons avec M. Vidal, l'apparente atrophie du système sébacé au cuir chevelu et la kératose pilaire, absente seulement chez notre plus jeune malade âgée de 2 ans.

Les examens microbiens sont restés négatifs, les cultures sont restées stériles. Tout, du reste, dans l'évolution de la maladie, semble la rattacher à une lésion de l'innervation et non pas à une cause externe.

Depuis l'apparition du monilethrix dans la famille, aucun cas de contagion n'a été surpris soit entre mari et femme, ou entre frère et sœur, passé les premières semaines de l'existence, époque où la maladie s'affirme.

Il n'a pas été possible non plus de retrouver parmi les enfants de ceux qui ont échappé à la maladie familiale, un cas d'atavisme.

M. Vidal. — Je demanderai à M. Sabouraud quelle est d'après lui la partie malade du cheveu, est-ce la partie renflée ou la partie rétrécie ?

M. Sabouraud.— Behrend a dit que c'étaient toutes les deux ; d'autres ont dit que c'était seulement la partie étranglée. D'après mes recherches je crois que le poil est malade dans toute sa longueur. Tous ces éléments de poil sont atrophiés dans l'étendue des étranglements mais ils sont déjà altérés au niveau des renflements.

M. Vidal. — Le point où le poil est rétréci est celui qui correspond à son plissement alors qu'il est plié, ratatiné dans le tégument dont il n'a pas encore franchi la couche épidermique, et je crois qu'il y a rétrécissement parce qu'il y a eu plissement antérieur et une véritable atrophie par plicature.

M. Hallopeau. — Chez deux de mes malades, les altérations portaient, non seulement sur les cheveux, mais aussi sur les poils des sourcils, de la barbe, des aisselles, du pubis et jusque sur les follets des bras ; tout le système pileux, dans son ensemble, était donc intéressé.

M. Sabouraud. — Chez mon malade les sourcils et la barbe étaient restés indemnes.

Lichen plan scléreux.

Par M. J. Darier.

Je ne serai certainement pas contredit si j'avance que l'étiologie et la nature du lichen plan sont encore fort obscures. La théorie nerveuse a reçu un nouvel appui du fait des résultats thérapeutiques qui vous ont été communiqués récemment ; toutefois la question est encore à l'étude. Je pense que dans ces recherches il est indispensable de ne pas perdre de vue les variétés anormales du lichen plan dans lesquelles se trouvent exagérés certains caractères de l'évolution de la maladie dont on doit tenir compte lorsqu'on cherche à pénétrer la nature intime du processus morbide.

Grâce à l'obligeance de mon cher maître, M. le professeur Fournier, j'ai pu étudier et je suis autorisé à vous présenter une malade de son service qui est atteinte de *lichen plan scléreux.*

Cette forme, ou plutôt cette variété de lichen a été signalée brièvement par Kaposi (1) et étudiée par M. Hallopeau dans une leçon pour laquelle je lui ai remis une note relative à l'histologie des lésions. M. Hallopeau en a présenté un deuxième cas aux réunions du jeudi (2).

Voici l'histoire de notre malade :

Mme C..., âgée de 51 ans, femme de ménage, n'a pas eu d'autre maladie qu'un rhumatisme articulaire aigu en 1880. Réglée à 12 ans, elle a eu 3 enfants et une fausse couche de 2 mois 1/2 qu'elle attribue à une colère. La ménopause est survenue à 42 ans. Cette femme, dont la mère était déjà très vive et impressionnable, est essentiellement nerveuse et émotive. Elle sent très vivement les contrariétés et les chagrins qui ne lui ont pas manqué dans son ménage. Elle a des maux de tête fréquents, des névralgies ou des migraines, un peu de tremblement des mains et se plaint de faiblesse des jambes. Parfois elle a des accès de colère violents. Elle dit avoir la tête malade et il lui arrive de perdre momentanément la mémoire ; c'est ainsi que le jour de son admission à l'hôpital, ayant été interrogée brusquement par un employé, elle ne put pendant quelques instants se rappeler ni son nom, ni son adresse, ni le lieu où elle se trouvait. Jamais pourtant elle n'a eu des vertiges, des chutes ou des crises convulsives, et on ne lui trouve aucun stigmate d'hystérie. En somme, pas de maladie nerveuse caractérisée, mais un état névropathique bien marqué. En dehors de cela, la malade dort bien, digère bien, n'est point alcoolique, et son embonpoint est au-dessus de la moyenne.

(1) Kaposi. *Maladies de la peau*, 2e éd., I, p. 641.

(2) Hallopeau. *Union médicale*, 1887. — Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis, 1888-1889, p. 116.

L'éruption paraît avoir débuté à la fin de l'été 1890. Chez aucune personne de sa famille, elle n'en avait observé d'analogue. Le premier phénomène a consisté dans une sensation de prurit dans les aisselles avec un peu d'endolorissement de ces régions et de tension de la peau quand elle levait les bras. La malade affirme qu'elle n'a jamais senti dans le creux axillaire de grosseur ou d'induration superficielle, mais que d'emblée, il n'y a eu que des taches. Le prurit paraît donc avoir précédé et accompagné l'apparition de ces dernières, mais comme il n'était pas intolérable et qu'il diminua pendant l'hiver, la malade ne s'inquiéta pas de son état.

Il y a cinq mois, à l'occasion d'une commotion morale, les mêmes symptômes subjectifs apparurent du côté droit du cou. En portant la main dans cette région, la malade trouvait quelques petites grosseurs dont le nombre s'accrut rapidement pendant les deux premiers mois et qui, s'aplanissant, se transformèrent en taches. Enfin, il y a six semaines environ, les mêmes sensations se produisirent à la base du cou, à gauche, accompagnant l'apparition de taches semblables. L'éruption est restée absolument limitée aux régions que je viens de citer, c'est-à-dire aux creux axillaires qui sont atteints tout entiers, et aux deux côtés du cou ; à droite, elle occupe tout l'espace compris entre l'occipital et le creux sus-claviculaire d'une part, entre le bord postérieur du sterno-mastoïdien et le bord antérieur du trapèze d'autre part ; à gauche, les taches moins nombreuses siègent à la base du cou seulement. Il n'y a pas trace de taches semblables ou d'une éruption quelconque sur tout le reste du tégument, non plus que sur la muqueuse buccale.

Au moment de l'entrée, il y a 15 jours, les caractères de l'éruption, tels qu'on peut les voir sur ce moulage (1) étaient les suivants : Elle se compose de taches blanches, brillantes et nacrées, bordées par une aréole rosée qui conflue quand les taches sont rapprochées. Ces taches sont de niveau avec la peau voisine ou paraissent très légèrement saillantes ; en les palpant on ne sent aucune induration de la peau ; en pinçant la peau qui les supporte, on constate que l'épiderme épaissi qui les recouvre se plisse d'une façon particulière, comme sur une cicatrice et non comme sur la peau voisine munie de ses sillons normaux. Un examen attentif, surtout à l'éclairage oblique, montre que les surfaces blanches sont parsemées de très nombreux petits points cornés, jaunâtres ou brunâtres, déprimés ou saillants, et qui sont régulièrement espacés. On en peut compter une trentaine sur une des taches les plus grandes. Les dimensions de ces taches sont très variées ; elles ont l'étendue d'une petite lentille, jusqu'à celles d'une amande ; les plus grandes paraissent résulter de la coalescence de taches plus petites et ont un contour polycyclique ou sinueux ; elles sont en outre toujours allongées parallèlement aux plis de la peau, c'est-à-dire transversalement ou un peu obliquement sur le cou, et transversalement dans les aisselles. Les petites taches sont arrondies ou polygonales ; en quelques points on les voit se grouper « en mosaïque ». Il est impossible, à cause de cette coalescence plus ou moins complète, de déterminer le nombre des éléments, mais on peut l'estimer approximati-

(1) Musée de l'hôpital St-Louis, coll. gén., pièce n° 1686.

vement, pour la région latérale droite du cou, à 5 ou 6 grandes taches et une trentaine de petites ; pour le creux axillaire droit, à 6 grandes et 6 ou 8 petites taches ; il y en a moins du côté gauche du cou et dans l'aisselle gauche. Il n'y a pas de desquamation habituelle à la surface de ces éléments, mais dans l'aisselle, ou après l'application d'un emplâtre, on peut en détacher des lamelles cornées assez étendues. Le prurit est actuellement beaucoup plus modéré qu'au début.

M. Fournier, en voyant cette éruption, porta le diagnostic de lichen plan en se basant surtout sur la disposition en mosaïque de certains éléments ; son opinion a été partagée par tous ceux qui ont vu la malade et notamment par M. Besnier. A quelle autre affection pourrait-on penser, quel est le diagnostic différentiel à faire, en présence de ces lésions, dont l'aspect est au premier abord assez surprenant, même pour un dermatologiste exercé ? On pourrait croire avoir affaire à des cicatrices, mais il n'y a eu ni traumatisme, ni ulcération antérieure ; ou encore à des vergetures, malgré le léger épaississement de l'épiderme ; enfin à des plaques de morphée ou sclérodermie, quoique ces dernières n'aient pas pour habitude d'être aussi multipliées et disposées de cette sorte. Je pense que l'un des caractères que j'ai cité suffit à lui seul pour éliminer toutes ces hypothèses et pour susciter l'idée de lichen plan que viennent ensuite confirmer toutes les autres particularités et l'histoire même de l'éruption : ce caractère sur lequel j'insiste, c'est la présence sur les plaques des petits points cornés bien connus dans le lichen plan. Ces points cornés siègent aux orifices folliculaires, mais encore bien plus fréquemment à l'orifice des glandes sudoripares, comme je l'ai remarqué depuis longtemps et comme l'affirment tous les histologistes. On ne les a jamais signalés ni sur les cicatrices, ni sur les vergetures, ni sur les plaques de morphée.

Il était intéressant de compléter l'étude des lésions par l'examen histologique, d'autant plus que j'avais eu l'occasion de faire déjà cet examen dans le premier cas de M. Hallopeau. Avec le consentement de la malade j'ai excisé une tache sur le cou à droite. Sur les coupes j'ai pu constater les faits suivants :

L'épiderme corné est partout épaissi, et présente une tendance manifeste au clivage ; ses cellules n'ont pas de noyau apparent. Les points cornés apparaissent sous forme de cônes pénétrant profondément dans les follicules pilo-sébacés, ou, plus souvent, se creusant une cupule assez étendue au sein du corps muqueux déprimé au niveau de l'embouchure de canaux sudoripares ; ces derniers sont fréquemment coudés et sinueux au moment de leur abouchement dans l'épiderme. Le corps muqueux de Malpighi n'est pas épaissi et semble plutôt étiré ; la couche granuleuse est partout bien développée et riche en éléidine. Les papilles et les bourgeons interpapillaires sont presque complètement effacés ; il ne reste que quelques papilles rudimentaires et obliquement dirigées. Dans le derme on distingue trois couches ; la plus superficielle, comprenant le corps papillaire et une partie du chorion, est scléreuse, très dense, et se colore peu par le picro-carminate. Les faisceaux conjonctifs y sont tassés les uns contre les autres et peu onduleux ; les cellules y sont rares ; les fibres élastiques sont très fines ; les vaisseaux capillaires sont les uns élargis, les

autres aplatis et étouffés. En somme cette couche paraît beaucoup plus homogène que les suivantes. Au-dessous se trouve une couche tout infiltrée de cellules rondes, qui forment des amas irréguliers ou s'insinuent entre les faisceaux conjonctifs du derme. A la limite de ces deux premières couches on voit les cellules rondes se disposer en séries entre les faisceaux qui passent de la couche scléreuse à la couche infiltrée, un peu à la manière des cellules tendineuses. La couche la plus profonde du derme est peu altérée; on n'y trouve des amas de cellules rondes qu'autour des canaux excréteurs des glandes sudoripares, autour des poils, et autour de quelques vaisseaux normaux d'ailleurs. A la limite de l'hypoderme j'ai trouvé des bulbes pileux sains, et des glomérules sudoripares qui ne m'ont paru présenter aucune altération; ce fait méritait d'être relevé.

En résumé, il y a dans ce cas, comme dans le lichen plan ordinaire une infiltration embryonnaire du derme; mais au lieu de siéger dans la région superficielle, cette zone infiltrée est séparée de l'épiderme par une couche de tissu scléreux, Il est légitime de considérer cette sclérose comme résultant d'un processus inflammatoire; ce processus aurait peu à peu gagné la profondeur en laissant derrière lui un tissu densifié et en quelque sorte cicatriciel. Dans la pièce provenant de la malade de M. Hallopeau et comprenant un élément plus ancien, la zone scléreuse était plus épaisse et l'extirpation n'avait pas dépassé ses limites; peut-être même le processus inflammatoire était-il déjà complètement éteint. Quant aux lésions de l'épiderme, elles ne diffèrent pas sensiblement de celles que l'on rencontre dans le lichen plan typique, et l'on peut les considérer comme secondaires.

L'intérêt de ce cas me paraît reposer surtout sur les quelques particularités que voici. C'est la première fois, à ma connaissance, que le diagnostic de lichen plan atrophique a pu être affirmé en l'absence de tout élément de lichen plan typique coexistant. Ce diagnostic, quoique délicat, est donc réalisable. La localisation de l'éruption au cou n'a rien de surprenant ; son siège dans les creux axillaires est bien exceptionnel ; mais si le lichen plan a des régions qu'il affectionne, rien ne prouve que toutes ne puissent pas en être atteintes. Quant à l'étiologie et à la nature de l'affection, on ne peut la déterminer, mais il est intéressant de retrouver dans la variété atrophique le même tempérament nerveux et irritable qui sert de terrain commun au lichen, les mêmes émotions et chagrins qui accompagnent d'habitude son apparition, ainsi que les mêmes sensations prurigineuses locales. Dira-t-on qu'un trouble de l'action nerveuse ne peut expliquer une lésion de tissu telle qu'une sclérose ? Le fait est sans doute difficile à comprendre, mais non inadmissible et, sans pouvoir le discuter ici, je me bornerai à rappeler qu'on a des arguments à l'appui de la théorie nerveuse de la sclérodermie, de la lèpre mutilante, etc.

Le traitement qui a été institué dans le cas actuel et qui a déjà

produit des modifications favorables, a consisté en applications locales de pommade salicylée, puis d'emplâtre de Vigo, en même temps qu'on administrait l'arsenic à l'intérieur. On y joindra maintenant les douches tièdes quotidiennes.

M. HALLOPEAU. — Je ne puis que confirmer ce qu'a dit M. Darier, à savoir que ce cas est analogue à ceux que j'ai présentés.

M. FOURNIER. — Ce cas est vraiment des plus étranges et c'est la première fois que je vois ces grandes traînées blanchâtres de l'aisselle ; le seul élément de diagnostic qui puisse vous guider ici, c'est la disposition en mosaïque polygonale des éléments et c'est là un signe auquel j'attache toujours la plus grande importance ; c'est lui qui dans ce cas, m'a fait faire le diagnostic.

M. E. BESNIER. — Le diagnostic présente en effet ici une difficulté particulière et ces larges vergetures, on ne peut guère ne pas les appeler ainsi, déroutent un peu de la symptomatologie habituelle du lichen plan. Il faut donc que le clinicien soit prévenu de ces cas aberrants si différents du type ordinaire. Il n'y a guère ici en effet, pour vous guider, que cette disposition en mosaïque polygonale dont vient de parler M. Fournier, et aussi le piqueté des vergetures que M. Darier a bien montré ; la malade indiquait aussi comme étiologie une vive émotion morale ; et à ce propos, dans l'ordre des recherches que nous poursuivons en ce moment sur ce sujet, je demanderai à M. Darier quel rapport on peut établir ici entre l'éruption et le prurit.

M. DARIER. — Dans ce cas, le prurit paraît avoir précédé l'éruption, puis il a diminué sans disparaître complètement : mais il s'est toujours agi d'un prurit léger.

Lésions lupiformes de la face. Amélioration par le traitement antisyphilitique.

Par M. HUDELO.

J'ai l'honneur de représenter à la Société le malade que nous avons déjà fait venir il y a deux mois (voir séance du 12 mai) quelques jours après son entrée dans le service de notre cher maître, M. le professeur Fournier. Nous vous rappelons qu'à ce moment, notre diagnostic n'était point établi : nous avions soupçonné que les lésions du malade pouvaient être de nature farcineuse ; les recherches bactériologiques répétées et les inoculations expérimentales faites par M. Darier ont été absolument négatives, et force nous a été d'abandonner notre hypothèse première.

Notre diagnostic se trouvait ainsi limité aux deux opinions suivantes :

lupus ou syphilis ; l'extrême mollesse des lésions, malgré les nombreux foyers superficiels de suppuration, malgré l'absence de cicatrice au niveau des points anciennement atteints, était en faveur de la nature lupique des lésions : aussi M. Darier a-t-il inoculé il y a 7 semaines, trois cobayes avec des produits de raclage ; aucune manifestation tuberculeuse n'est apparue chez les animaux sacrifiés au bout d'un mois.

Pendant ce temps, M. Fournier, tout en rejetant de par les caractères objectifs et de développement des lésions, l'hypothèse de syphilides tuberculo-crustacées, soumettait, par acquit de conscience, le le malade au traitement antisyphilitique : une pilule de Dupuytren, 2 grammes d'iodure, pansement des lésions au taffetas de Vigo. Sous l'influence de cette médication, des modifications manifestes se firent voir au bout d'une quinzaine de jours : aussi l'iodure a-t-il été porté successivement à 3, puis 4 gr. par jour avec 2 pilules de Dupuytren.

Vous pouvez vous rendre compte aujourd'hui du changement considérable que présentent les régions malades ; on note une amélioration des plus marquées, caractérisée tout d'abord par le détergement complet de toutes les surfaces suppuratives et croûteuses qu'on remarquait sur les joues, et la cicatrisation complète des exulcérations sous-jacentes ; de même, au niveau du nez dont le volume est notablement réduit, on peut constater la réparation complète des ulcérations signalées sur le lobule, notamment de l'ulcération creuse, à bords à pic, dans laquelle le stylet pénétrait de 4 à 5 millimètres ; on ne retrouve pour ainsi dire plus les nodosités squameuses aberrantes que nous avions vues sur les joues, surtout sur la droite ; enfin, en même temps que disparaissait le coryza purulent, les orifices narinaires et les cavités nasales obstruées reprenaient presque leur calibre normal.

En somme, notre malade est aujourd'hui très amélioré ; il n'est pas guéri, car tout le territoire primitivement atteint présente encore une coloration rougeâtre, quoique moins violacée qu'il y a deux mois; l'infiltration cutanée persiste, et elle conserve encore au niveau du nez et surtout du lobule son caractère de mollesse si spécial : toutefois on n'a plus aujourd'hui la sensation trompeuse de fluctuation que nous avions signalée au niveau du lobule.

Sommes-nous en droit d'affirmer maintenant la nature syphilitique des lésions si heureusement modifiées par le traitement spécifique ? En dehors de l'absence d'antécédents avoués ou constatables sur le malade, on peut nous objecter que le seul traitement local, les soins de propreté, la meilleure hygiène auxquels il a été soumis peuvent avoir suffi à transformer à ce point les lésions, et notamment à guérir le processus suppuratif superficiel. Aussi, resterons-nous encore au-

jourd'hui sur la réserve, attendant qu'une guérison complète nous permette, si possible, d'être plus affirmatifs.

Hystéro-syphilis ; carie ethmoïdienne ; hémiparésie et hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche.

Par M. Hudelo.

L'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer est un nouveau et bel exemple d'hystéro-syphilis, chez un malade qui a séjourné à diverses reprises dans le service de notre cher maître M. le professeur Fournier, pour des accidents spécifiques variés, et dont l'histoire actuelle présente un intérêt particulier en raison de l'association des symptômes divers, et de l'interprétation exacte à donner aux troubles nerveux présentés par le malade.

Le nommé C. B..., âgé de 28 ans, garçon boucher, entre le 18 juin 1892 dans le service de M. le professeur Fournier. Il est syphilitique depuis 1886 : à cette époque, chancre induré phagédénique du gland, au voisinage du méat, plaques muqueuses anales et buccales, syphilides cutanées diverses parmi lesquelles des syphilides ulcéreuses de la cuisse gauche. De 1886 à 1889, aucun accident syphilitique. En 1889, sarcocèle du testicule gauche (séjour dans le service du 26 octobre au 3 novembre). En 1890, gomme du pharynx (nouveau séjour à l'hôpital).

Les accidents pour lesquels le malade entre à l'hôpital aujourd'hui ont débuté vers le mois d'avril 1891, par un coryza purulent, croûteux, établi chroniquement, accompagné d'épiphora, de céphalée, de perte progressive de l'odorat ; en octobre 1891, B... mouche pour la première fois un fragment d'os ; traité alors dans le service, il sort très amélioré en novembre 1891 : on avait alors déjà constaté des dénudations osseuses intra-nasales jusqu'au niveau de la voûte.

Les accidents ne tardèrent pas à se reproduire, plus intenses encore, et à plusieurs reprises, le malade rendit par les narines des fragments osseux ; la céphalée persistante, la suppression du sommeil le décident à rentrer dans le service.

L'état du malade est à ce moment le suivant :

Céphalée intense, frontale, permanente, à recrudescence nocturne, donnant la sensation de coups de marteau répétés ;

Affaissement, obtusion cérébrale, véritable abrutissement, tel que le malade reste dans son lit sans parler à personne ;

Insomnie absolue depuis plusieurs semaines ; douleurs nasales, principalement à la racine du nez ;

Ozène extrêmement fétide ;

Tuméfaction considérable du nez, surtout vers sa partie supérieure : le squelette externe (apophyse montante du maxillaire, os propres) est

intact ; au contraire, la disparition du squelette interne (cornets et surtout cloison cartilagineuse et osseuse) a déterminé une déformation manifeste de la partie inférieure du nez qui a tendance à rentrer dans la partie supérieure (tube de lorgnette). L'examen par le stylet fait reconnaître de plus une dénudation étendue de la face inférieure de l'ethmoïde.

En présence de semblables lésions, il était évident que nous nous trouvions en présence d'une ostéite naso-crânienne grave ; l'intensité de la céphalée, l'état cérébral du malade véritablement assommé faisaient redouter l'imminence prochaine de complications méningées, comme le fait a été plusieurs fois observé en pareille circonstance. Ces craintes étaient d'autant plus légitimes que depuis 15 jours le malade remarquait un affaiblissement marqué dans tout le côté gauche, surtout quand il s'était couché sur ce côté, et en effet nous constations une véritable parésie du membre supérieur et du membre inférieur à gauche, la face étant absolument respectée.

Ce n'est pas sans surprise qu'en examinant le malade plus minutieusement nous constatâmes du côté gauche : une hémianesthésie sensitive complète de la peau, des muqueuses, une hémianesthésie sensorielle (diminution de l'ouïe, perte du goût, rétrécissement extrême du champ visuel), enfin une perte du sens musculaire toujours du même côté. Notons que l'odorat est dès longtemps aboli à droite, comme à gauche, du fait des lésions nasales.

Comment pouvions-nous interpréter un pareil syndrome ; hémiparésie gauche avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle du même côté ? Pouvions-nous légitimement le rattacher à une lésion organique, et en ce cas ce ne pouvait être qu'une lésion en foyer, siégeant exactement au niveau du tiers postérieur de la capsule interne ? Évidemment non, car, en dehors de l'extrême rareté d'une semblable localisation, elle se serait caractérisée par une hémiplégie, et non par une hémiparésie, et la face eût été intéressée.

Il nous fallait donc rapporter ces troubles nerveux à une autre cause, dynamique, à la névrose hystérique. Et en effet, nous apprenions du malade qu'en 1888, à la suite d'une fièvre typhoïde, il avait présenté des troubles nerveux caractérisés par une sensation de boule au creux épigastrique, remontant parfois vers le larynx. De plus, il présente actuellement au niveau de la partie inférieure gauche de la fosse iliaque un point douloureux pseudo-ovarien, qui se manifeste depuis quelques mois lorsqu'en mettant ou ôtant ses chaussures, le malade, le corps fléchi, détermine lui-même la compression de ce point : la douleur s'accompagne même parfois de sensations spéciales, d'une sorte d'aura. Jamais le malade n'a présenté d'attaque convulsive.

Or, malgré des interrogatoires répétés, il nous a été impossible de retrouver l'existence d'aucun stigmate analogue chez notre malade

avant 1888. Quel a donc été l'agent provocateur de cette hystérie si caractérisée aujourd'hui, et qui ne relève pas dans notre cas d'une hérédité nerveuse bien nette? Nous n'avons noté aucune intoxication professionnelle, ou autre (alcool, tabac), aucun traumatisme, aucune infection (sauf peut-être la fièvre typhoïde de 1888 qui peut avoir contribué partiellement à l'éveil des premiers symptômes).

Il était donc rationnel et légitime dans notre cas d'attribuer à la syphilis et à la syphilis seule l'évocation des symptômes hystériques présentés par le malade; il n'est plus à démontrer aujourd'hui avec quelle fréquence la syphilis non seulement rappelle l'hystérie sommeillante, mais souvent aussi l'éveille pour la première fois; si la chose est plus fréquente peut-être chez la femme, et au début de la période secondaire, au moment du grand branle-bas que la syphilis jette alors dans le système nerveux, notre observation est un bel exemple que pareille provocation est possible chez l'homme, et au delà de la période secondaire, la syphilis faisant pour l'hystérie comme pour la neurasthénie qu'on peut voir éclore soit dans les premiers mois, soit plus tardivement, 3, 4 ans et plus après le début de l'infection.

Enfin, nous rappellerons en terminant que, avant l'examen complet du malade, M. Fournier avait pensé à la possibilité d'altérations cérébrales; la recherche des stigmates permanents de l'hystérie a donc son importance en pareil cas au point de vue du diagnostic précis et du pronostic.

Le malade, soumis au traitement spécifique : 2 pilules de Dupuytren, 4 gr. d'iodure, et à des lavages fréquents du nez à l'eau boriquée avec le siphon de Weber, s'est rapidement amélioré. Le sommeil avait reparu, la céphalée avait presque disparu, quand il se fit renvoyer de l'hôpital le 2 juillet; les symptômes hystériques eux n'avaient point changé.

M. Fournier. — Ce cas que je considère comme un cas majeur pourrait servir d'exemple de la transformation du diagnostic à travers les âges. Il y a quelques années, en effet, j'aurais dit, en présence de ce fait : « syphilis cérébrale », en m'appuyant surtout sur les lésions osseuses que le malade présente du côté des os du nez et sachant que de telles lésions se communiquent souvent aux méninges. Aujourd'hui, profitant des enseignements de l'école de la Salpêtrière, je fais un autre diagnostic et je dis *hystérie*, diagnostic confirmé d'ailleurs par une étude approfondie du malade et la recherche des divers stigmates; je dis : hystérie se développant à la suite et par le fait de la syphilis.

M. Barthélemy. — Le cas que vient de relater M. Fournier me rappelle ce fait d'une jeune femme de 22 ans, qui fut prise *tous les jours* pendant plus d'un mois de crises violentes et convulsives à la fin de la période roséolique de l'infection syphilitique. Comme jamais auparavant il n'y

avait eu de manifestation hystérique, on redouta une lésion cérébrale quelconque d'ordre spécifique : il n'en était rien. Il s'agissait de crises hystériques d'une intensité et d'une fréquence peu communes, mais absolument caractéristiques et qui disparurent par les préparations mercurielles et ferrugineuses ainsi que par les douches froides, pour ne plus reparaître même lors des poussées successives de syphilides secondaires. Il s'agissait donc d'hystérie éveillée ou fortement stimulée par l'infection syphilitique.

M. Fournier. — Mon attention a été depuis longtemps appelée sur les accidents nerveux de la période secondaire et j'en ai parlé autrefois dans mes leçons ; mais ce à quoi je ne croyais pas, c'est que de semblables accidents pussent se développer à la période tertiaire.

M. Gaucher. — Il me semble qu'il y a une distinction à faire entre le cas de M. Barthélemy et celui de M. Fournier ; j'admets parfaitement qu'une hystérie latente soit éveillée chez une malade par l'éclosion de la syphilis ; mais pourquoi rattacher ces phénomènes à l'hystérie elle-même. L'infection syphilitique n'est-elle donc pas capable de produire à elle seule de tels accidents sans l'intermédiaire de l'hystérie, et pourquoi M. Fournier abandonne-t-il, pour les rattacher à l'hystérie, ce qu'il avait si bien décrit autrefois comme phénomènes nerveux produits directement par la syphilis ?

M. Fournier. — Nous sommes d'accord sur le fond ; c'est une querelle de mots.

M. Gaucher. — Je serai plus « fourniériste » que M. Fournier, et je persiste à considérer ces accidents comme des phénomènes nerveux directement en rapport avec la syphilis sans l'intermédiaire de l'hystérie.

Pelade décalvante et vitiligo

Par H. Feulard.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une petite malade venant de la policlinique des maladies cutanées et syphilitiques dont m'a fait l'honneur de me charger dans son service M. le professeur Grancher. Il s'agit d'une fillette de douze ans présentant à la fois une pelade complète du cuir chevelu et un vitiligo occupant presque la totalité du corps. La coexistence de ces deux affections n'est pas fréquente ; Sénator qui en a publié un exemple (*Charité Annalen*, 1889, XIV, p. 341, anal. in *Ann. derm. et syph.*, 1990, p. 351) la dit même absolument rare. Elle est en tout cas curieuse à signaler, d'abord à cause de la question toujours à l'étude de l'étiologie de la pelade ou mieux des alopécies peladiques, et l'on serait tenté dans un cas sem-

blable de rattacher le vitiligo et l'alopécie à une même origine trophonévrotique ; et puis encore, à cause de l'intérêt historique, si je puis dire, si l'on veut bien se souvenir que Cazenave, frappé surtout de la décoloration que présente le cuir chevelu dans la *pelade* et ayant eu peut-être l'occasion d'observer des faits analogues à celui-ci, avait fait de la pelade un vitiligo du cuir chevelu.

Ceci dit, voici l'histoire résumée de notre malade dont l'aspect absolument caractéristique a été parfaitement rendu sur ces photographies que mon excellent maître, M. le professeur Fournier, m'a autorisé à faire exécuter par M. Méheux.

Augustine D... est âgée de 12 ans ; elle a ses père et mère et trois frères et sœur : un frère aîné, de 14 ans, bien portant, ayant eu seulement une légère attaque de convulsions à 20 mois ; un plus jeune frère actuellement âgé de 4 ans, parfaitement bien portant, mais ayant eu, lui aussi, des convulsions à 7 mois ; une petite sœur de deux ans, bien portante.

La mère n'a pas eu d'autre grossesse.

C'est une femme âgée de 40 ans, bien portante, n'ayant jamais présenté d'accidents nerveux.

Le père est âgé de 44 ans, n'a jamais été malade depuis son mariage, c'est-à-dire depuis 15 ans ; il est sobre.

Le grand-père maternel est mort à 84 ans, il était paralytique ; la grand' mère maternelle, morte à 42 ans, était *épileptique ;* aucun renseignement sur les grands-parents du côté paternel.

Dans la ligne collatérale, on trouve du côté maternel : une tante morte de tuberculose pulmonaire, cinq oncles tous bien portants ; du côté paternel, trois oncles également en bonne santé.

L'enfant est d'une bonne santé habituelle ; elle a eu seulement la rougeole dans la première enfance et aurait eu aussi à ce moment quelques petites crises nerveuses ; mais depuis 6 ans, sa santé est parfaite.

Le début du vitiligo a passé inaperçu et à l'heure actuelle il préoccupe encore fort peu la malade et ses parents ; la pelade seule qui a débuté il y a 6 mois les a poussés à consulter un médecin.

C'est au mois de décembre 1891 qu'a débuté l'alopécie et le début paraît s'être fait par des *aires* bien limitées ; la malade fut alors conduite deux ou trois fois dans un des services de l'hôpital Saint-Louis où on lui indiqua comme traitement, de la pommade au turbith et des lotions excitantes. La pelade n'en continua pas moins sa marche extensive, prit l'allure décalvante au commencement de mars, le cuir chevelu était tout entier dénudé.

Aujourd'hui il est dans le même état ; on remarque seulement quelques poils blancs assez longs, lanugineux, qui, au dire de la malade et de sa mère, sont des poils de repousse. Il faut noter toutefois qu'avant l'alopécie, au dire des mêmes personnes, la chevelure naturellement blonde était déjà parsemée de cheveux blancs, cela sur toute la surface du cuir chevelu et non groupés en quelques mèches comme cela se voit habituellement dans le vitiligo du cuir chevelu.

Cela tient, croyons-nous, à ce fait que le vitiligo chez cette malade existe

bien sur le cuir chevelu, mais au lieu de former une ou quelques taches bien nettes et bien isolées, il se présente, comme on peut le voir, sous forme d'une multitude de petites places décolorées, de couleur rose tendre, séparées par des parties pigmentées couleur café au lait clair, à peu près d'égales dimensions et en nombre égal.

Pour finir ce qui a trait à l'appareil pilaire, disons que les sourcils et les cils sont restés indemnes ; quant aux aisselles et aux parties génitales, il y a absence de poils, mais l'enfant n'est pas pubère.

On trouve le vitiligo chez cette petite malade à peu près sur toutes les régions du corps : toutefois les membres inférieurs sont à peu près indemnes, ainsi que la face.

Les régions les plus atteintes, comme on peut le voir sur ces photographies, sont le tronc, le cou et les membres supérieurs.

Le *cou* présente en effet une décoloration symétrique, occupant les parties latérales et débordant un peu sur le dos, au milieu de laquelle tranche, à la bordure occipitale du cuir chevelu, une bande très pigmentée large de deux doigts et longue de quatre environ.

Dans le dos, les parties pigmentées l'emportent sur les parties décolorées ; mais celles-ci forment à la région sacrée plusieurs îlots irréguliers à bords très nets. Taches décolorées placées symétriquement sur les hanches et s'avançant de chaque côté sur l'abdomen. La région *pubienne* est moitié décolorée, moitié pigmentée. Sur la face antérieure du tronc, les parties décolorées sont relativement de petites dimensions, les parties pigmentées l'emportant en étendue.

Sur les *bras* le vitiligo existe avec une symétrie à peu près parfaite, tandis que ses taches sont disséminées sur la face dorsale de la main et des doigts et que la face palmaire est réservée, c'est l'inverse qui a lieu aux *poignets*, la face antérieure étant décolorée et la face dorsale ayant une coloration brune.

La teinte des parties dépigmentées n'est pas absolument blanche, mais plutôt légèrement rosée, comme cela a d'ailleurs été signalé dans nombre de cas de vitiligo. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité ni des sensations subjectives ; jamais de démangeaisons. La malade a bon appétit, dort bien et paraît en excellente santé.

J'ajoute que les dents sont très belles, les yeux et les oreilles en bon état.

En résumé, pelade totale du cuir chevelu, vitiligo disséminé sur presque toute la surface du corps, voilà les deux affections que présente notre petite malade.

Y a-t-il un lien commun, bien tentant à établir, entre ces deux altérations et doit-on les rattacher toutes les deux à une même origine trophonévrotique ? Cela est possible car s'il y a une pelade ou plutôt une alopécie peladoïde trophonévrotique, c'est bien la forme diffuse telle que la présente cette malade, encore que chez elle la maladie ait débuté d'abord par la forme en aires. Mais s'il y a trophonévrose, ce qui est fort possible, pour ne pas dire fort probable, il est en tout cas intéressant de noter l'absence en dehors de la grand'mère épilep-

tique, de stigmates de nervosisme aussi bien dans la famille proche que chez la malade elle-même, aucune cause prochaine assurément du développement de la pelade.

C'est cette absence de phénomènes d'ordre nerveux coïncidant avec le développement de cette double affection que l'on rattache volontiers au nervosisme qu'il nous a semblé intéressant de mettre en relief en demandant à nos collègues de vouloir nous éclairer de leur expérience sur ce point.

M. Hallopeau. — J'ai présenté l'année dernière un malade atteint de lésions présentant une certaine analogie avec celles de la malade de M. Feulard; mais il y avait en outre des phénomènes divers d'ordre nerveux nettement caractérisés.

M. Besnier. — Les faits de ce genre sont d'une interprétation souvent fort difficile : les rapports de la pelade et du vitiligo se présentent sous diverses conditions. Tantôt le vitiligo se développe chez un malade déjà atteint de pelade ; tantôt chez un malade atteint de vitiligo et présentant du vitiligo du cuir chevelu ; on voit l'alopécie succéder aux mèches blanches du vitiligo; tantôt enfin il y a un rapport supérieur, originel, ainsi que dans un fait que j'ai en observation dans lequel il s'agit de deux frères atteints l'un de pelade, l'autre de vitiligo.

Note sur un cas de syphilis héréditaire tardive bulbo-médullaire.

Par M. Gilles de la Tourette.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de dermatologie me semble fort intéressant tant par la rareté des accidents que par les difficultés de diagnostic qu'il a présentées.

Marius R..., comptable, est âgé de 19 ans 1/2 ; taille 1 m. 60, assez bien développé.

Père bien portant, n'aurait jamais été malade ; sa mère a fait 4 fausses couches dont la première; les autres auraient eu lieu après les premiers enfants qui sont au nombre de six bien portants. Le malade, qui est le troisième enfant et que nous avons seul vu de la famille, ne nous donne, on le comprend, à ce sujet que des renseignements incomplets et peu précis.

Les parents sont de taille moyenne.

Marius R... a marché à l'âge de 13 mois; à cette époque il aurait eu des *crises convulsives* qui se prolongeant pendant 3 jours auraient constitué une sorte d'état de mal qui n'a d'ailleurs rien laissé d'appréciable.

Pas d'éruptions cutanées; ni affections auriculaires ou oculaires; pas de maladie vénérienne acquise.

Le malade n'a eu qu'un seul rapport sexuel.

Bonne santé ordinaire jusqu'en juillet 1891.

Vers le 17 juillet 1891 il a ressenti une forte sensation de fatigue et de courbature dans les membres inférieurs particulièrement à droite avec impotence progressive; le 24, il ne pouvait plus marcher, ne pouvait se tenir debout les yeux fermés, les membres inférieurs étaient paralysés, flasques, non raides.

Le 25, on le transporte dans un service d'hôpital; pas de douleurs; il pouvait soulever ses jambes du plan du lit, mais il ne pouvait marcher.

Grands *vertiges* lorsqu'il essaye de se tenir debout; *diplopie* qui persiste pendant 3 semaines; puis aurait aussi vu trouble ne pouvant distinguer correctement les objets à 2 mètres de distance; ni douleurs de tête ni vomissements.

Troubles de l'articulation des mots; se faisant difficilement comprendre en ce sens qu'il prononçait les P pour les B et *vice versâ*. Pas de troubles de déglutition; les liquides n'étaient pas rejetés par le nez.

Vers le 10 août, urine à deux reprises dans son lit sans s'en apercevoir; besoins impérieux d'uriner et d'aller à la garde-robe. Quelques fourmillements dans les jambes.

Vers le 15 août, fourmillements dans le bout des doigts de la main droite, crampes dans cette main qui l'empêchent de tenir son couteau ou sa fourchette; très légers fourmillements dans le bras gauche. Cet état reste stationnaire jusqu'au 10 octobre.

Jusqu'alors le malade avait été soigné par les douches froides, le valérianate d'ammoniaque, le bromure de potassium; celui-ci ayant amené quelques accidents toxiques (langue saburrale, inappétence), est remplacé par l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour régulièrement administrés.

Au bout de 8 jours apparaît un mieux considérable. Les vertiges commencent à disparaître, les jambes sont plus solides.

Vers le 20 octobre il peut marcher sans canne; la vue qui était toujours *trouble* revient peu à peu à la normale, comme les autres fonctions du reste.

Il sort de l'hôpital le 25 octobre, très amélioré, mais conservant toujours une certaine faiblesse des jambes. Il continue à prendre l'iodure.

Le 1er février 1892 il assaye de reprendre ses fonctiones de comptable, mais son bras droit, toujours envahi par des crampes, ne lui permet pas de bien écrire.

Nous le voyons pour la première fois le 7 mars 1892. Son médecin ordinaire l'a confié à un de nos amis, électricien distingué, chez lequel il est arrivé avec un diagnostic aussi peu précis que possible.

L'état général est satisfaisant : peut-être existe-t-il encore un peu de faiblesse dans les membres inférieurs avec besoins impérieux d'uriner Quand il porte la tête dans la flexion forcée sur le thorax il ressent immédiatement une sensation très marquée d'engourdissement dans les membres inférieurs.

Il existe encore quelques fournillements très légers dans le bras droit et surtout des crampes qui nuisent à la régularité de l'écriture.

Le réflexe rotulien est normal à gauche ; un peu diminué à droite ; réflexes olécrâniens normaux.

La vue est bonne. M. Valude veut bien, sur notre demande, examiner le fond de l'œil : papille normale, un peu d'asthénopie accommodative.

A quoi donc attribuer les accidents dont a souffert et souffre encore Marius R... La lecture de cette observation suffirait pour permettre au diagnostic de s'établir, car elle contient des particularités très saillantes : fausses couches répétées de la mère, amélioration à la suite de l'administration bien involontaire pour ainsi dire de l'iodure de potassium.

Mais il faut ajouter que la première fois que nous vîmes Marius R..., il ignorait complètement que sa mère eût fait des fausses couches.

Ce ne fut véritablement que la seconde fois que nous le vîmes, alors qu'il nous affirma que l'amélioration était survenue à la suite de l'administration de l'iodure, que nous pensâmes à la syphilis.

La syphilis acquise étant hors de cause, il fallut penser à la syphilis héréditaire. Or, il n'existait chez Marius R... aucune cicatrice fessière ; les yeux, les oreilles, le nez étaient en parfait état.

Mais il y avait des *lésions dentaires* que notre maître M. le professeur Fournier, auquel nous présentâmes ce malade et qui voulut bien nous aider de ses conseils, jugea caractéristiques de la syphilis héréditaire.

En haut il existe un sillon profond transversal des deux molaires moyennes des 2 côtés avec atrophie de la moitié inférieure de la dent. Il existe de l'atrophie cuspidienne des deux canines supérieures.

En bas les trois premières molaires et les deux incisives du côté gauche sont le siège d'atrophie, de sillons et d'érosions.

En résumé, il n'est pas douteux que Marius R..., âgé de 19 ans, n'ait été atteint en juillet 1891 d'une paraplégie complète des membres inférieurs tendant à envahir les membres supérieurs, due à des manifestations qui doivent être rapportées à la syphilis héréditaire tardive.

Certaines de ces lésions ont siégé certainement au niveau du bulbe puisqu'il a existé de la diplopie et un certain degré de paralysie des muscles innervés par l'hypoglosse.

Étant donné que les membres inférieurs ont été pris d'une façon intense et presque exclusive comparativement aux supérieurs, et dans l'hypothèse d'une lésion unique il est presque nécessaire que cette lésion ait été limitée interrompant ainsi le passage du faisceau cortico-crural des deux côtés et respectant presque entièrement le faisceau cortico-brachial. L'hypothèse d'une tumeur gommeuse surgit aussitôt. Mais la lésion a dû intéresser les méninges, car lorsque nous avons vu le malade pour la première fois la flexion forcée de la tête sur le thorax a déterminé chez lui un sentiment de paralysie dans les membres infé-

rieurs. Il faut donc croire qu'il existait encore à cette époque des adhérences méningées qui étaient tiraillées par ce mouvement. Nous croyons donc que Marius R... a été atteint d'une méningite gommeuse siégeant dans les environs du sillon bulbo-protubérantiel car les nerfs oculaires et l'hypoglosse ont été pris.

Nous ne nous croyons pas autorisé à dire, bien que la vue ait été troublée, qu'il y a eu une névrite optique ou une chorio-rétinite syphilitique, l'examen du fond de l'œil n'ayant laissé apercevoir aucune lésion à un moment où des reliquats auraient certainement encore existé.

S'il restait quelques doutes sur la nature de ces accidents nous ajouterions qu'au bout de quinze jours de frictions mercurielles (4 gr. par jour) et d'iodure de potassium (4 gr. par jour), repos de 8 jours en continuant l'iodure et reprise de 15 autres frictions, Marius R... ne ressentait plus de crampes dans le bras droit, ni d'engourdissements dans les membres inférieurs, la tête étant en flexion forcée, et que la guérison se maintient parfaite aujourd'hui, 7 juillet 1892.

Chéloïdes du lobule de l'oreille développées chez une petite fille de 3 ans à la suite du percement des oreilles.

Par M. Estrada.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une petite fille qui porte au niveau du lobule de l'oreille des chéloïdes développées à la suite du percement des oreilles.

Cette petite malade qui vient de la consultation de notre maître M. le professeur Fournier, est âgée de trois ans. Elle est née à terme et ne présente, comme passé pathologique, que la coqueluche à l'âge de 8 ou 9 mois.

A l'âge de 2 ans on lui a percé les oreilles. On ne sait pas quelle est l'oreille qui a été opérée la première ; toujours est-il que, quelque temps après, la mère a remarqué l'apparition autour des orifices des lobules de petites excroissances dont le développement s'est continué depuis, mais d'une façon bien plus considérable à l'oreille droite. L'apparition et le développement de ces excroissances ne se sont accompagnés d'aucune espèce de souffrance.

Je dois faire remarquer que les parents de la petite malade se portent bien, et, qu'aussi bien eux que cinq autres enfants qu'ils ont, sont absolument indemnes de chéloïdes. Parmi ces enfants il y a deux fillettes plus âgées que notre malade et auxquelles on a fait également subir le percement de l'oreille. Une de ces fillettes présente une scoliose.

Les chéloïdes de notre malade sont au nombre de quatre correspondant aux orifices des lobules. Elles revêtent actuellement la forme de petites tumeurs arrondies, accolées aux parties antérieure et postérieure des lobules dont elles sont séparées, au point d'implantation, par un sillon très net. Elles sont plus volumineuses à l'oreille droite et principalement la chéloïde postérieure de ce côté, qui offre le volume d'une petite noisette d'un centimètre de diamètre, la chéloïde antérieure du même côté est bien plus petite.

Au lobule gauche les tumeurs ont un volume beaucoup moins considérable, la grosseur d'une lentille à peu près ; cependant de ce côté aussi la tumeur postérieure est la plus volumineuse.

De deux côtés le canal percé a disparu ; à peine voit-on l'orifice antérieur du canal droit à la base de la tumeur correspondante.

Ces tumeurs sont molles et paraissent renfermer un noyau d'un tissu plus dur. Elles sont absolument indolores à la pression. La peau qui les recouvre est fine et, contrairement à ce qu'a observé M. Clarac (1), elle n'a pas une teinte plus claire que le reste de la peau.

En dehors du traumatisme, du jeune âge et de la prédisposition du sexe féminin, nous n'avons trouvé, chez notre petite malade, aucune des causes de la chéloïde rapportées par les auteurs, telles que l'hérédité, la scrofule, etc. L'enfant se porte bien, bien qu'elle offre des stigmates manifestement rachitiques. Elle a, en effet, les extrémités osseuses volumineuses, le ventre développé, les tibias incurvés en avant, le thorax légèrement noueux, le crâne développé et les bosses pariétales saillantes. Elle a été élevée au sein. On ne trouve qu'une cicatrice sur l'avant-bras droit provenant d'une brûlure.

Notre malade est intéressante par la symétrie de ses lésions et la localisation exacte aux points opérés qu'elles affectent. Mais elle offre un intérêt bien plus considérable par le choix du traitement qu'il convient de lui appliquer.

Bien que la régression spontanée des chéloïdes ait été signalée par les auteurs, le fait paraît tellement exceptionnel qu'il ne faut pas beaucoup compter sur cette heureuse terminaison. D'autre part, les chéloïdes de l'oreille offrent parfois un développement très rapide et atteignent un volume considérable. M. Clarac (2) a observé deux chéloïdes du lobule de l'oreille du volume d'une petite orange. L'expectation ne peut donc être permise au delà d'une certaine limite.

Le traitement médical paraît impuissant en dehors d'une indication diathésique bien manifeste.

L'ablation, faite soit au thermocautère suivie de compression sur la plaie, soit au bistouri, ne met malheureusement pas à l'abri des récidives. Le moulage que j'ai l'honneur de vous présenter, exécuté pour M. Vidal, et qui porte le nº 1459 dans la collection du musée de l'hô-

(1) *Arch. de méd.*, Paris, nov. 1891.
(2) *Loc. cit.*

pital Saint-Louis, montre à quels mécomptes on s'expose lorsqu'on enlève une chéloïde. Il fait voir que des chéloïdes, localisées au lobule, ont récidivé après deux opérations et ont acquis un gros développement.

L'excision ne doit être indiquée que lorsqu'on peut opérer en plein tissu sain. « Lorsqu'il s'agit d'une chéloïde du lobule seulement, dit M. Clarac, on doit faire l'ablation du lobule tout entier par deux incisions se rejoignant à angle obtus suivie de suture. La réunion doit se faire par première intention pour éviter la récidive. » Chez un de ses opérés la réunion a manqué d'un côté et la récidive a eu lieu ; de l'autre côté, où la plaie s'est cicatrisée en deux jours, la récidive ne s'est pas produite au bout de huit mois. Cette intervention aussi large a l'inconvénient d'occasionner une mutilation considérable et disgracieuse surtout quand il s'agit de jeunes filles.

La méthode électrolytique imaginée par M. Brocq (1) a donné de bons résultats. Les aiguilles doivent être enfoncées à six ou sept millimètres de profondeur. L'intensité du courant ne dépasse guère cinq milliampères et sa durée une demi-minute. Les séances se font tous les huit ou quinze jours.

Cependant on pratique aujourd'hui plus souvent les scarifications de la chéloïde que M. Vidal (2) a fait connaître et qui réussissent très bien surtout dans les néoplasies récentes. Elles se font au scarificateur ou au bistouri. Elles doivent être faites à une distance de deux millimètres et quadrillées à angle droit ou obliquement, dessinant des carrés ou des losanges. Elles doivent atteindre toute l'épaisseur de la chéloïde et n'en dépasser les bords que de deux ou trois millimètres.

On fait l'anesthésie au chlorure de méthyle liquide. La chéloïde scarifiée est pansée avec de l'ouate imbibée d'une solution d'acide borique le premier jour. Le lendemain on applique de l'emplâtre de Vigo qu'on renouvelle matin et soir.

Cette méthode a donné d'excellents résultats récemment entre les mains de G. T. Welch (3) qui fait suivre les scarifications d'applications de collodion iodé, et entre celles de Perez Ortiz (4) qui a obtenu, par ce moyen, la guérison de trois chéloïdes développées sur des cicatrices de plaies contuses du nez.

Je dois signaler également la méthode pour ainsi dire mixte de mon maître, M. le professeur Le Dentu. M. Le Dentu extirpe la chéloïde

(1) A. J. PLICQUE. Les diverses variétés de chéloïdes et leur traitement. In *Gaz. des hôp.*, Paris, 1890.

(2) E. VIDAL. Trait. de la chél. et de la cicatrice hypert. In *Ann. de dermat. et syph.*, Paris, 1890.

(3) G. T. WELCH. The treat. of keloid. *Med. rec.*, New-York, 1890.

(4) PEREZ ORTIZ. Dos palabras a cerca del tratamiento del keloide y de la cicatriz hypertrófica. In *Rev. de med. y de cirur.*, Madrid, 1890.

et fait des scarifications sur la cicatrice en cas de menace de récidive.

C'est sur le choix de l'une de ces méthodes que j'ai l'honneur de demander l'avis de la Société.

M. Ernest Besnier. — Je viens de faire mouler sur une malade de la ville des lésions tout à fait comparables (voir Musée, collection générale) et beaucoup plus développées encore. Mon projet thérapeutique est le suivant : extirpation suivant les procédés antiseptiques les plus stricts ; puis dès que la récidive se produira, et elle commencera presque certainement par les points de suture, électrolyse et scarification des chéloïdes naissantes.

M. E. Vidal. — Dans le cas semblable cité plus haut (moulage n° 1459), et dans lequel les tumeurs égalaient des noix, on a fait deux fois l'opération et deux fois il y a eu récidive rapide, et la chéloïde était devenue plus volumineuse qu'auparavant. J'employai l'électrolyse, il y eut un arrêt; puis les scarifications, autre arrêt, et j'étais arrivé à réduire les tumeurs aux dimensions de noyaux de cerises quand la malade fut obligée de retourner dans son pays.

Hydrargyrie ab ingestis.

Par M. Morel-Lavallée.

Aimée G..., 19 ans, couturière, entrée le 27 juin 1892 à la clinique de l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 7, présente depuis 15 jours une éruption occupant plus ou moins toutes les régions du corps, et dont la localisation plus récente et plus douloureuse au niveau des lèvres l'a déterminée à entrer à l'hôpital.

Voici quel est aujourd'hui son aspect : Les *oreilles* sont à l'état d'eczéma aigu, suintant, rouges, turgides, avec phlycténisation du pavillon et du sillon prémastoïdien. Les *lèvres* offrent l'apparence de l'eczéma séborrhéique type le plus intense : elles sont gonflées, saillantes, comme froncées autour de l'orifice buccal, et sillonnées de fissures où s'incrustent des croûtelles jaunes graisseuses qui recouvrent toute leur surface. Les *joues*, relativement moins enflammées, portent des placards rougeâtres surmontés de croûtes jaune vert absolument semblables à celles des pustules d'impétigo. Le pourtour des *yeux* est relativement peu intéressé ; la peau y est rouge et pityriasiforme. Au *cuir chevelu*, il y a simplement exagération d'une séborrhée grasse usuelle préexistante.

Le *cou* porte comme une « minerve » d'érythème turgide, squamelleux, non suintant. Mais sur le corps l'éruption est encore bien plus polymorphe. Elle est d'autant plus confluente que l'on remonte du nombril au sommet de la poitrine : dans la portion sous-ombilicale, en effet, on n'observe que des placards disséminés et discrets d'eczéma sec, très rares aux jambes

Au *thorax*, au contraire, c'est une nappe presque ininterrompue d'érythème rouge vif qui desquame au-dessus des seins en larges lamelles vaguement orbiculaires, — ailleurs plus ou moins croûtelleux ou squamelleux, — tandis que les *bras* sont uniformément recouverts d'une rougeur GRANITÉE, turgide, qui s'accuse encore davantage sur les *mains*. Ici c'est un gonflement énorme, violacé, brûlant, où déjà commence une desquamation lamellaire et totale, au bout de 3 jours de durée.

L'érythème, avons-nous dit, vient mourir *au bas du tronc* : là, et sur la cuisse gauche, on ne voit, en effet, qu'une rougeur en îlots plus ou moins coalescents, plutôt roses que rouges, parfois saillants et ortiés.

Aux *pieds*, les lésions d'eczéma aigu et fluent reparaissent, quoique moins accentuées qu'aux mains et sans y présenter le même gonflement violâtre en masse.

Au vu de cette malade, et avant tout interrogatoire, M. Fournier pense qu'il s'agit là d'une hydrargyrie, et cela d'après les caractères suivants :

1. Polymorphisme de l'éruption ;

2. *Aspect granité rouge vif* en nappe, des avant-bras et des régions préaxillaires ;

3. Desquamation lamellaire préthoracique ;

4. Phlycténisation et suppuration limitées à l'extrémité céphalique.

Signalons encore :

5. L'aspect spécial de l'érythème ortié de la cuisse, rappelant l'éruption décrite dans l'hydrargyrie consécutive aux irrigations vagino-utérines de sublimé ou de biiodure ;

6. L'aspect séborrhéique intense de l'éruption à la tête, fait déjà observé dans un cas analogue par M. Bataille.

Or, voici ce que nous apprend la malade :

Il y a 8 mois, ayant un bouton à la lèvre gauche, elle s'en fut à la consultation de l'Hôtel-Dieu où on lui prescrivit des pilules de protoiodure mercurique à 0,05, ainsi qu'en fait foi l'ordonnance qu'elle nous a montrée. Conformément à ce qu'on lui recommanda alors de prolonger le traitement, elle fit « renouveler », jusqu'à avoir consommé en tout, dans les huit mois, sept ou huit boîtes de vingt pilules chaque, soit 150 pilules environ. Elles les prenait plus ou moins régulièrement, avec intermittences.

En dehors du « bouton » initial, le seul symptôme que nous relevions dans son histoire est un commencement de gingivite mercurielle incisive inférieure, dans le premier mois, qui ne dura que quelques jours. Aussi ne pourrions-nous affirmer quant à nous, qu'elle ait eu la syphilis.

Or, jamais elle n'avait eu le moindre autre symptôme d'intolérance mercurielle lorsque, vers le 7 juin, — après un repos de trois semaines, — elle commença une nouvelle boîte de pilules. Cinq jours après, le 12, elle fut prise de rougeur, gonflement et suintement des oreilles, avec fièvre : deux jours après, les bras enflaient et devenaient rouges et brûlants, puis ce fut le tour des mains, tandis que la desquamation commençait rapidement aux bras. Ceux-ci devinrent à vif et se mirent à suinter, alors que déjà les mains pelaient à leur tour. Puis un placard rouge apparut au cou, puis un autre au ventre, qui s'étendit rapidement. *Tout cela en 15 jours ;* la malade heureusement avait cessé ses pilules au premier jour de l'éruption. Quand

les lèvres se prirent à gonfler, à se couvrir de croûtes et à devenir douloureuses, elle entra à Saint-Louis, au bout de deux semaines d'éruption.

Une amélioration rapide se produisit sous l'influence du traitement émollient (cataplasmes, bains, amidon, pommade à l'ox. de zinc, etc.).

Aujourd'hui, 2 juillet (cinquième jour de l'hospitalisation), tout éréthisme cutané a disparu ; les croûtes impétigineuses des joues sont tombées, les lèvres se détergent, les mains ont dégonflé, pâli et desquament abondamment. La nappe érythémateuse ortiée du ventre s'est évanouie.

Il s'en faut toutefois que le processus soit arrivé à son terme ; la lèvre inférieure est incrustée de croûtelles séborrhéiques, fissurées, sanguinolentes. Les oreilles jettent abondamment. Les larges lamelles desquamatives du thorax ne se voient plus, mais une desquamation plus fine s'opère sur tout le tronc. Les mains, fissurées par la desquamation, encore enflées, ne peuvent guère se mouvoir. Les pieds et les chevilles *commencent à enfler*, les orteils suintent et la desquamation sera aussi généralisée aux pieds qu'aux mains.

Le prurit, fait nouveau, fait son apparition, aux bras et aux jambes. L'état général est d'ailleurs excellent. Pas de fièvre, appétit très bon, pas de diarrhée, ni de coliques. Pas de salivation. Pas le moindre vestige de stomatite ni même de congestion buccale.

Aujourd'hui 7 juillet, l'éruption a perdu beaucoup de son aspect caractéristique ; c'est ainsi que la desquamation lamellaire du tronc a fait place à un état pityriasiforme. Cependant le processus morbide n'est pas à la fin de son évolution, loin de là : le suintement a recommencé au cou et aux oreilles, il commence entre les orteils, et l'épiderme plantaire, fendillé, est destiné à s'exfolier en larges lambeaux. De même, les cheveux se prennent à tomber, les ongles des mains s'altèrent et il est manifeste que plusieurs au moins tomberont. On voit que, pour affecter une forme bénigne, cette maladie est cependant une affaire sérieuse et menace de se prolonger.

Remarques. — L'éruption a ici débuté par la face, ce qui est rare et n'avait été noté qu'une fois dans notre récent mémoire sur les *Hydragyries pathogénétiques*. La desquamation a été précoce, ce qui est la règle et paraît comporter un caractère relativement bénin, — ce qui n'empêche pas que dans le cas actuel elle va s'étendre sans doute aux phanères et affecter une durée encore indéterminée; au reste, la dermatite n'est pas finie, puisqu'il vient de se faire une nouvelle poussée de suintement.

C'est le protoiodure sous la forme pilulaire qui a été ici la cause de l'éruption : dans le mémoire dont je viens de parler, sur 22 observations, 5 fois le protoiodure avait pu être incriminé, mais le plus ordinairement le coupable avait été le calomel (9 fois sur 22 obs.). Ici, comme dans nombre d'autres cas, la malade se servait depuis longtemps de la même préparation mercurielle lorsque son intolérance s'est révélée (au bout de 6 mois). Rappelons à ce propos que, bien que la récidive sort la règle dans les hydrargyries, la malade n'en sera sans doute pas pour cela privée à tout jamais du traitement mercuriel. Il y aura lieu, une fois l'orage passé, d'essayer en tâtonnant les diverses autres

formes de l'administration du mercure, et peut-être la malade pourra-t-elle, avec grandes précautions, recourir impunément à telle d'entre elles, voire peut-être revenir plus tard au protoiodure, à faibles doses. Dans une de nos observations précédentes une femme, à qui le protoiodure donnait de l'hydrargyrie, a pu sans danger *recourir aux frictions !* A noter en terminant que la forme relativement légère de la dermopathie actuelle est vraisemblablement due à l'heureuse inspiration qu'a eue la malade de cesser les pilules dès le début, car les hydrargyries graves se sont ordinairement montrées, comme l'avait déjà vu Alley, à propos de l'ingestion de fortes doses de mercure ou lorsque l'usage du médicament a été continué malgré l'éruption. La question de dose n'est donc pas à négliger ici, contrairement à ce qu'on pense pour les éruptions médicamenteuses.

En resumé, voilà une femme qui suivait un traitement hydrargyrique depuis des mois et qui, subitement, a dû le discontinuer alors que rien ne pouvait le faire prévoir. Et cette intolérance subite ne s'est manifestée que pour la peau, puisqu'il n'y a eu en même temps aucun trouble viscéral, ni diarrhée, ni stomatite, ni même salivation. C'est ainsi que les choses se passent communément.

M. Fournier. — Voilà un fait extraordinaire d'intolérance survenant après 6 ou 7 mois d'absorption du médicament mercuriel ; il y aurait donc, d'après cela, une intoxication à longue échéance à mettre à côté des faits connus d'intoxication subite.

Voici, d'autre part, un fait remarquable de tolérance observé ces jours derniers dans mon service. Une fille de 17 ans qui avait en sa possession des pilules de protoiodure ordonnées pour le traitement d'une syphilis, a pris dans un seul jour, étant en état d'ivresse, 34 de ces pilules sans qu'aucun accident fâcheux soit survenu. Tout au plus s'est-il produit un très léger degré de dermatite. Il faut dire que la dentition de cette jeune femme est en excellent état.

M. E. Besnier. — L'intolérance d'un médicament après une longue durée de tolérance se retrouve pour d'autres substances, pour le bromure par exemple, etc.

M. Fournier. — Je le sais ; mais c'est la pathogénie de tels cas que je ne m'explique pas.

Considérations sur le traitement de la pelade,

Par Paul Raymond.

(Voir page 794).

Trichophytie des pieds.

Par Djélaleddin Moukhtar (de Constantinople).

La malade (Caroline P...) que je vous présente, âgée de 26 ans, couchée depuis une semaine au n° 21 de la salle Henri IV, exerce le métier de piqueuse à la machine et travaille par conséquent avec les pieds. Elle est entrée à l'hôpital pour une éruption des pieds.

Au moment de son entrée, on voit sur le *pied gauche* plusieurs lésions siégeant en partie sur la face interne et en partie sur la face plantaire à sa partie moyenne. Ce qui frappe le plus, ce sont deux surfaces rouges saignantes, ce sont des excoriations assez profondes, presque des plaies.

A côté de ces lésions se trouvent des soulèvements bulleux ; on en voit deux de la largeur d'une pièce de 50 centimes, elles contiennent un liquide purulent ; en outre, à quelques centimètres de ces derniers éléments, il y a quelques petites vésicules à contenu clair.

La malade raconte qu'elle a constaté, il y a trois semaines, une « cloque » puis une autre du volume d'un petit pois, à la face interne de son pied gauche, ces bulles n'avaient pas été précédées de démangeaisons. Mais pendant les quatre ou cinq premiers jours, il s'est produit un certain prurit à la périphérie de la lésion ; à ce moment en retirant son bas elle arracha l'épiderme qui s'y était collé et le derme mis à nu devint le siège de picotements qui ne l'ont pas quittée depuis. D'autres vésicules ont apparu depuis douze jours ; plusieurs au voisinage de ces premières bulles, une autre vers le malléole interne.

Au *pied droit* deux vésicules existent depuis cinq jours, l'une vers la malléole interne, l'autre au bord externe du pied.

Telle était l'apparence des parties malades au moment de l'entrée.

Aujourd'hui, 7 juillet, les deux excoriations, grâce aux pansements faits dans le service, ont pris meilleur aspect.

De petites vésicules, au nombre d'une demi-douzaine, ont apparu depuis hier soir à la périphérie d'une grande bulle, d'autres éloignées de 3 à 4 centimètres de la lésion (1).

L'examen microscopique ayant été fait sur le conseil de notre éminent maître, M. le professeur Fournier, nous avons trouvé des filaments mycéliens de trichophyton.

Je ferai remarquer que les filaments sont *beaucoup plus abondants* dans les vésicules les plus jeunes, que dans les lésions avancées, et que l'on devra les choisir de préférence pour l'étude microscopique.

(1) Voir le moulage n° 1687 de la collection générale du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Des examens faits sur cette même malade par notre maître et ami, M. Darier, ont confirmé ce fait.

Le seul fait de *l'abondance extrême* des parasites dans les vésicules pour ainsi dire naissantes, non ouvertes, par conséquent non souillées, nous conduit à admettre que nous sommes en présence du *véritable agent pathogène* et non d'une moisissure quelconque.

En tous cas, nous pouvons affirmer que le mycélium que nous avons trouvé présente tous les caractères du trichophyton, sans vouloir préjuger la question de la multiplicité possible des espèces qu'on a jusqu'ici désignées sous ce nom.

Cette question ne pourra d'ailleurs être tranchée que si l'on apporte des travaux bien complets, indiquant des caractères différentiels de cultures *bien stables*, et avec des expériences d'inoculations.

En tous cas l'examen microscopique à lui seul ne permet pas d'établir cette multiplicité d'origine de la trichophytie, malgré quelques différences qui peuvent être attribuées à la diversité de terrain, de siège, etc.

M. Fournier. — Le diagnostic que nous avons fait d'abord était tout autre : nous avions pensé à la dysidrose ; l'aspect de la lésion avec ces soulèvements bulleux, vésiculeux et ces deux ulcères véritables entamant l'épiderme, grands, l'un comme une pièce de 20 sous, l'autre comme une pièce de 10 sous, est tel qu'il déjoue le diagnostic. J'ai tenu à faire appel au diagnostic microscopique, et c'est lui qui, à notre grand étonnement, nous a révélé le caractère *parasitaire* de la lésion.

Contribution à l'étude des atrophies musculaires d'origine blennorrhagique.

Par M. Oudin.

Ayant eu, depuis quelques mois, grâce à la bienveillance de notre excellent maître M. le professeur Fournier, l'occasion d'examiner au point de vue surtout de l'excitabilité électrique, un certain nombre de malades atteints d'atrophie musculaire blennorrhagique, nous avons été frappé de la similitude et du caractère anormal des phénomènes présentés par quelques-uns de ces malades, et nous les avons jugés dignes d'attirer votre attention.

Nous avons quatre observations offrant de grandes analogies entre elles, bien qu'elles soient loin de se rapporter au type que l'on pourrait appeler classique. Celui-ci est caractérisé surtout par l'envahissement rapide d'une grande articulation, genou ou tibio-tarsienne, le plus

souvent, qui devient en quelques jours le siège, soit d'un épanchement abondant, soit d'une inflammation hydrophlegmasique et hyperplasique, comme nous le disait dernièrement M. Mauriac. L'arthrite, sans grande réaction inflammatoire, s'accompagne rapidement d'un épanchement assez abondant, et laisse derrière elle, une fois passées les périodes aiguë et subaiguë, un état chronique très long à disparaître.

Pendant cette évolution morbide s'établissent, soit rapidement, quelques jours après l'apparition des phénomènes inflammatoires, soit plus tardivement, pendant la période chronique, des atrophies musculaires de voisinage, très analogues à celles qu'on observe dans le cours des arthropathies en général quelle que soit leur cause, atrophies qui touchent surtout les muscles voisins de l'articulation malade, et plus particulièrement le muscle extenseur situé au-dessus d'elle ; à côté de cette forme pour ainsi dire classique de l'arthropathie blennorrhagique, on rencontre quelquefois des cas beaucoup plus graves, suraigus, n'attaquant pourtant qu'une, deux ou trois articulations mais les frappant avec une violence extrême pouvant aller jusqu'à la suppuration, comme dans le cas du malade de M. le professeur Fournier.

Chez nos malades au contraire, l'affection rhumatismale a pris une forme très analogue au rhumatisme noueux ou déformant. Elle s'est attaquée de préférence aux petites articulations, leur imprimant les déformations caractéristiques du rhumatisme sénile, au point même que dans un cas, chez un jeune homme de 27 ans, les doigts étaient couchés sur le bord cubital de la main comme ils le sont chez les vieillards atteints de rhumatisme déformant. Chez nos quatre malades, ces déformations ont évolué lentement, mais pourtant il y a toujours eu des poussées aiguës douloureuses, inflammatoires, coïncidant avec des rechutes de blennorrhagie, soit que l'urèthre ait retrouvé son intégrité complète entre deux écoulements, soit qu'ait persisté un certain degré d'uréthrite chronique.

Ces quatre malades ont présenté de l'arthrite franche, non d'une grande articulation, mais d'articulations moyennes, cou-de-pied ou poignet, avant l'invasion des petites articulations.

Pour tous il faudrait modifier la formule de Cullerier à propos du rhumatisme blennorrhagique : Au lieu de : les petites articulations sont affectées presque toujours consécutivement aux grandes, il faudrait dire : consécutivement aux moyennes. Il est à noter que chez aucun d'eux les petites articulations ne furent prises à la première ou aux premières blennorrhagies, c'est de la 3e à la 6e poussée d'uréthrite que les mains et les pieds furent attaqués, et même l'un d'entre eux, âgé de 38 ans, qui contracta sa première blennorrhagie à 18 ans, eut toujours l'urèthre malade jusqu'en 1889, époque où apparurent, pendant le cours d'une rechute de blennorrhagie, quelques douleurs

légères dans les coudes et les épaules, qui peu à peu gagnèrent les petites articulations et y devinrent de plus en plus aiguës, en même temps que survenaient le gonflement, la raideur, les déformations caractéristiques très remarquables à la main droite, car le gonflement portant sur les articulations métacarpo-phalangiennes des 2e et 3e doigts en même temps que sur l'articulation du scaphoïde et du trapèze, sur celle du pyramidal et de l'os crochu, cause sur la face dorsale de la main une dépression profonde entourée de saillies douloureuses qui pourrait en imposer à première vue pour de l'atrophie musculaire tandis qu'il y en a à peine à ce niveau.

Chez un autre malade, la première blennorrhagie fut contractée à l'âge de 14 ans, c'est un créole, il a aujourd'hui 19 ans et a eu depuis la première 8 ou 9 blennorrhagies, il n'en sait pas au juste le nombre ; mais les accidents rhumatismaux n'apparurent aux articulations tibio-tarsiennes et aux coudes, avant d'intéresser les articulations métacarpo, métatarso-phalangiennes et phalangiennes, qu'à l'âge de 17 ans. Le troisième, que nous voyons à sa septième blennorrhagie, ne souffrit aux 5 premières que d'une arthrite tibio-tarsienne légère ; à la sixième, survenue il y a deux ans, furent prises les articulations métacarpo-phalangiennes avec une extrême violence ; aujourd'hui ce malade a les mains complètement déformées, les doigts inclinés sur le bord cubital, et certaines articulations métacarpo-phalangiennes sont le siège d'un gonflement considérable. Enfin notre dernier malade, âgé de 24 ans, contracte sa première blennorrhagie à 19 ans. Elle est suivie de plusieurs autres à courts intervalles, ou plutôt elle ne se guérit pas. En mars 1887, après une poussée aiguë plus violente que les précédentes, il voit se prendre d'abord son poignet gauche, puis ses articulations métacarpo-phalangiennes de la même main.

Mais nous ne venons pas ici faire l'histoire de cette variété d'arthropathie ; nous ne voulons l'envisager que dans ses rapports avec une autre complication qui l'accompagne toujours, à l'atrophie musculaire ; et si nous avons insisté sur la marche de ces arthrites, c'est pour les bien différencier de la forme commune.

Chez nos quatre malades existait, en effet, de l'atrophie musculaire plus ou moins prononcée, mais chez tous très nette, aussi apparente, plus frappante même, en quelques régions, que les déformations articulaires, et provoquant plus qu'elles de l'impotence fonctionnelle. Atrophies remarquables surtout par leur distribution, car si nous trouvons des muscles atrophiés voisins des articulations compromises, nous en avons d'autres sans le moindre rapport avec elles, qui en sont séparés par des intervalles de muscles sains, et dépendant d'articulations qui n'ont jamais été douloureuses.

En reprenant ces malades dans le même ordre que tout à l'heure, je constate chez le premier :

Obs. I. — *Membres supérieurs.* — Arthrites symétriques des petites articulations des mains et des doigts, plus prononcées à droite. Les coudes, les poignets sont également et légèrement touchés. Rien aux articulations scapulo-humérales.

Atrophie symétrique des éminences thénar et hypothénar, des interosseux dorsaux, des muscles épithrocléens et du deltoïde droit. Dynamomètre M. D. 45; M. G. 52.

Membres inférieurs. — Arthrites légères du cou-de-pied gauche ; atrophie des jumeaux, du jambier antérieur gauche et du triceps crural droit.

Obs. II. — *Membres supérieurs.* — Arthrites légères des petites articulations des mains, plus prononcées à droite. Les deux coudes sont douloureux : ankylose légère à droite. Atrophie des muscles épithrocléens droits.

Membres inférieurs. — Articulations tibio-tarsienne gauche, tarsiennes, et métatarso-phalangiennes des gros orteils, douloureuses et gonflées. La marche est rendue très difficile, moins par la douleur que par l'atrophie des jambiers antérieurs, jumeaux et fléchisseurs des orteils. Rien absolument aux genoux, et pourtant atrophie très manifeste des triceps cruraux, et même a gauche des fessiers.

Obs. III. — *Membres supérieurs.* — Déformation et gonflement considérables des articulations des mains et des poignets, déviation des doigts, surtout à droite sur le bord cubital de la main. Douleurs légères aux deux coudes. Atrophie et disparition presque complètes des interosseux et des muscles, des éminences thenar et hypothenar à droite ; à gauche, mêmes lésions plus légères. L'avant-bras droit a ses muscles très atrophiés de même que le triceps, le deltoïde, et le grand pectoral. Rien à l'avant-bras et au bras gauche.

Membres inférieurs. — Pendant le cours des 5 premières blennorrhagies l'articulation tibio-tarsienne seule est envahie, et pourtant le malade, suffisamment instruit et intelligent, affirme qu'alors on constate à plusieurs reprises l'atrophie des muscles du mollet et du triceps crural droits. Actuellement, arthrites des petites articulations des deux pieds et des deux cou-de-pied, mais surtout du droit. Atrophie considérable de tous les muscles de la jambe et du triceps crural droit. A gauche, jumeaux et jambier antérieur seuls intéressés.

Obs. IV. — Articulation du poignet gauche complètement ankylosée en extension sans gonflement, ni déformation ; gonflement des articulations métacarpo-phalangiennes du même côté.

Atrophie considérable des éminences thénar et hypothénar, forme simiesque de la main. Tous les muscles de l'avant-bras sont très atrophiés ; ceux du bras sont parfaits (malade très fortement musclé), mais aplatissement très notable du deltoïde.

Dynanomètre, M. D. 80 ; M. G. 10.

Chez ces malades, l'exploration électrique donne des résultats iden-

tiques. L'excitabilité des nerfs est normale. Tous les muscles atrophiés conservent leurs réactions électriques habituelles, qu'on s'adresse aux courants continus ou aux courants faradiques. Tant qu'il reste quelques fibres musculaires intactes, leur contraction première est obtenue avec la même intensité de courant que pour les muscles sains symétriques. Nous avons chez ces malades renouvelé à plusieurs reprises les explorations électriques avec beaucoup de soin en suivant la méthode de Erb., toujours nous sommes arrivés au même résultat. Évidemment l'intensité des contractions, les mouvements qu'elles provoquent sont en rapport avec le nombre des faisceaux musculaires actifs et un de ces muscles, réduit au tiers ou au cinquième de son volume, donne une contraction, fournit une quantité de travail égale au 1/3 ou au 1/5 de celle qu'il aurait donnée s'il avait gardé son intégrité ; mais on arrive à provoquer la première contraction apparente, le premier frémissement musculaire en employant la même excitation du côté atrophié que du côté sain, c'est-à-dire avec le même écartement des bobines de l'appareil faradique ou avec le même nombre de milliampères de l'appareil galvanique.

Chez aucun de nos malades nous n'avons constaté de réaction de dégénérescence. Mais un phénomène sur lequel nous tenons à attirer l'attention est celui-ci : lorsqu'on explore l'excitabilité électrique d'un muscle volumineux comme le triceps crural, le deltoïde, le biceps, quand ce muscle est atrophié, même si l'atrophie est peu prononcée, la contraction provoquée par un courant faible galvanique ou faradique est limitée à une moindre partie du muscle que quand il est sain.

Dans le premier cas, les fibres musculaires qui se contractent sont presque exclusivement celles que recouvre l'électrode ; tandis que, si on a affaire à un muscle en bon état, la zone de contraction s'étend aux faisceaux voisins de ceux qui sont immédiatement sous-jacents à l'électrode, et même se généralise facilement à la totalité du muscle. Ce fait qui doit probablement s'expliquer par une résistance plus grande au passage du courant dans les fibres musculaires, en voie de dégénérescence graisseuse (1), peut être d'un certain secours pour le diagnostic d'atrophies musculaires peu prononcées, alors surtout qu'elles s'accompagnent d'adipose sous-cutanée, et elle peut en imposer pour de la réaction de dégénérescence partielle.

Sans vouloir ici aborder le gros problème de la physiologie pathologique de ces atrophies musculaires, nous croyons pourtant pouvoir faire observer que la persistance de l'excitabilité électrique doit écarter l'hypothèse d'une lésion périphérique dans les muscles ainsi

(1) Depuis que ce présent travail est écrit j'ai pu, chez d'autres malades, constater cette augmentation de résistance et vérifier que c'était bien là la cause du phénomène signalé ici.

atrophiés. S'il s'agissatt d'une myopathie atrophique on observerait plutôt de la diminution de contractilité proportionnelle à l'intensité de l'atrophie ; tandis que la forme d'excitabilité que nous constatons rapprocherait plutôt cette affection de l'atrophie du type Aran Duchenne, bien que, dans cette dernière, on trouve quelquefois de la réaction de dégénérescence. Mais nous n'avons que quatre observations et en étudiant un plus grand nombre de malades peut-être rencontrerait-on aussi cette réaction.

Et puisque nous touchons à cette question de la pathogénie, nous rappellerons que, chez nos malades, l'atrophie atteignait souvent des muscles n'ayant aucun rapport avec les articulations prises. Dans notre observation III, le triceps crural est atrophié alors que le genou du même côté est sain, et que c'est l'articulation tibio-tarsienne qui est surtout atteinte. De même chez le malade obs. II, les fessiers sont atrophiés, alors que l'articulation coxo-fémorale et le genou sont en parfait état. Le malade IV présentait de l'atrophie du deltoïde alors que les muscles du bras n'ont rien. Enfin ce sont surtout les éminences thénar et hypothénar qui sont intéressées.

D'autre part, signalons aussi ce fait que l'adipose sous-cutanée ne se rencontre que dans l'observation II, et rappelons que Landouzy la donne comme existant habituellement dans toutes les amyotrophies, sauf dans l'atrophie musculaire progressive.

De plus, chez le malade III, nous voyons les lésions articulaires atteindre une identité presque complète avec l'arthrite sèche sénile, dans laquelle Giovanni a trouvé assez de phénomènes nerveux pour pouvoir en faire une arthropathie myélitique dépendant d'artério-sclérose médullaire.

Toutes ces raisons nous semblent plaider en faveur de l'hypothèse que ces manifestations tertiaires, si on peut employer cette expression, de la blennorrhagie, pourraient bien tenir à une invasion des centres nerveux par des toxines spéciales ou par le gonococcus, les atrophies musculaires dépendant de l'intoxication des centres nerveux, au même titre que les arthropathies ; mais ne leur étant en rien solidaires par des relations de voisinage ou par la propagation de processus throphiques locaux.

Communication provisoire concernant une série de recherches cliniques sur le prurigo d'Hébra.

Par EDVARD EHLERS (de Copenhague).

La Société française de dermatologie et de syphiligraphie ayant décidé à son assemblée générale de 1891 de consacrer une séance

spéciale à la discussion du prurigo d'Hébra dans la séance générale de Pâques 1892, je m'adressai à mon retour à Copenhague à mon vénéré maître, le professeur Haslund, en lui demandant l'autorisation d'utiliser les excellentes observations de son service des 28 dernières années depuis l'inauguration de l'hôpital communal. M. Haslund avec beaucoup d'intérêt et de bienveillance m'a accordé son autorisation.

J'ai alors réuni tous les cas de prurigo d'Hébra traités pendant ce temps dans le quatrième service de l'hôpital communal; j'ai examiné et casé les observations défectueuses et douteuses, j'en ai enregistré d'autres, qui appartenaient évidemment, d'après la connaissance, que j'y gagnais, des noms, de l'âge et des positions sociales des malades, à ladite maladie et j'ai recherché les malades, dans les registres des archives du bureau de l'hôpital (travail auquel M. Fogtmann, employé du bureau, a bien voulu me prêter son assistance).

J'ai retrouvé beaucoup de malades sous des diagnostics erronés ; le fait s'explique par la raison, qu'antérieurement les internes avaient le droit de faire passer les galeux à la frotte à leur arrivée, un droit dont on a abusé pleinement au préjudice des malades atteints de prurigo d'Hébra.

Mais ce n'est pas seulement sous le diagnostic de gale que se cachent beaucoup de malades de prurigo; les diagnostics d'ichtyose serpentine, de scrofulose, d'eczéma, d'echtyma, d'impétigo comprenent beaucoup de prurigos méconnus.

Depuis que M. Haslund a pris la direction du service, tous les malades passent sous ses yeux et on évite ainsi de telles erreurs.

Aucune maladie n'est plus méconnue que le prurigo par les médecins de la ville; c'est presque une rareté de voir entrer les malades avec le vrai diagnostic.

Dans mon travail j'ai tenu compte exclusivement des observations qui démontraient à l'évidence, qu'il s'agissait du prurigo d'Hébra. Car, à une époque antérieure, la dénomination de prurigo avait un caractère plus étendu ; j'ai donc été forcé de rayer nombre d'observations.

J'ai compté exclusivement les cas dans lesquels l'anamnèse et l'évolution rendaient certain le diagnostic.

Après avoir réuni les cas des malades, j'ai tenté de trouver leurs domiciles et d'apprendre leur sort.

Messieurs les externes Péronard, Dreyer, Klein et Nissen, mes très zélés collaborateurs, allaient avec persévérance de porte en porte, de la cave au grenier, pour rechercher ces malades, qui appartiennent pour la plupart aux déshérités de la société et qui ne demeurent jamais plus d'un mois au même endroit.

Le préfet de police, M. Eugène Pétersen; l'officier de paix, M. Stéphensen et d'autres autorités, mais surtout l'alliance socialiste

démocratique ont rivalisé de zèle aimable pour nous aider dans notre travail. Seule, l'Assistance publique de Copenhague a repoussé ma demande d'examiner ses registres.

J'ai réussi à me procurer de cette façon des renseignements sur 65 malades sur 207 que je recherchais. Le reste était introuvable, une conséquence naturelle du malheur national, que plus de la moitié de notre population porte les noms Andersen, Hausen, Jensen, Nielsen et Pétersen (comme en France, les Durand, les Dubois, etc.).

Ce nombre n'est pas très grand, mais pourtant suffisant, comme je le démontrerai ; mes recherches seront poursuivies et seront publiées en français prochainement dans « *Nordiskt medicinskt Archiv.* »

La discussion dans la Société de dermatologie étant à la question du jour, j'ai jugé bien utile de publier maintenant un résumé provisoire de mes résultats. C'est le résumé en question que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

C'est précisément de l'école St-Louis que les premières protestations contre les doctrines sur le prurigo d'Hébra se sont fait entendre.

Je dispose de 207 malades dont 137 du sexe masculin et 70 du sexe féminin, la maladie est donc deux fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Quant à *l'âge de début* je trouve noté chez 100 malades, que la maladie existait depuis la plus tendre enfance.

Pour 107 autres malades l'âge de début (plus précisément indiqué) varie de quelques jours après la naissance jusqu'à 29 ans, le plus souvent de 2 à 7 ans, en moyenne 5 ans et demi.

La doctrine d'Hébra, que la maladie débute le plus souvent vers l'âge de 2 à 7 ans est donc correcte, mais l'école de Vienne a décidément tort en niant un prurigo d'Hébra, qui revêt ses caractères distinctifs à un âge plus avancé. J'ai beaucoup de malades chez lesquels la maladie a débuté entre l'âge de 10 et de 15 ans, et 9 malades chez lesquels elle se manifestait entre l'âge de 15 et 30 ans.

La *saison* exerce une influence bien marquée sur la maladie, mais d'après mon avis c'est à tort qu'on a toujours accusé l'hiver d'être la saison la plus mauvaise pour nos malades.

40 de mes malades se plaignaient d'une aggravation saisonnière marquée, à savoir 22 malades pendant l'été, 20 pendant l'hiver et 10 au printemps.

Mais les malades qui souffraient pendant l'hiver, donnaient presque toujours pour cause de l'amélioration pendant l'été, les bains de mer réguliers.

Donc, je suis porté à croire que l'été est la plus mauvaise saison pour nos malades, les démangeaisons s'accentuant toujours avec la chaleur.

En supposant, que la date de l'entrée des malades dans l'hôpital coïncide avec un aggravement de la maladie, on trouve dans le mois de :

Janvier. .	38	entrées	Juillet.	47	entrées
Février. .	37	—	*Août*.	55	—
Mars. . . .	26	—	Septembre.	42	—
Avril. . . .	34	—	Octobre . . .	48	—
Mai	31	—	Novembre .	30	—
Juin.	34	—	*Décembre*.	28	—

Ce qui démontre que le mois d'août est le plus mauvais et le mois de décembre le moins pénible pour les démangeaisons.

Quant à *la position sociale* de nos malades, mes recherches comprennent :

134 enfants d'ouvriers,
11 nourrissons,
34 enfants naturels ou de veuves et de femmes abandonnées
et 23 enfants de classes aisées.

Dans 124 cas la maladie n'occasionna qu' *une seule* fois l'entrée du malade dans l'hôpital, et les malades n'ont plus reparu. 53 malades ont été soignés 2 *et* 3 *fois* : chez 30 malades il y a eu *plus de* 3 *récidives*, en général nombreuses, 2 et 3 par an et presque toujours d'une durée de 5 à 6 semaines chacune.

Ce sont ces malades, 15 0/0 *du nombre total*, qui ont communiqué, à Hébra, ses idées pessimistes sur la curabilité de la maladie.

On ne se rappelle que les récidivistes et on oublie les malades qui n'ont été traités qu'une seule fois.

J'ai essayé ensuite de retrouver nos anciens malades, ce qui n'était pas trop facile, parce que les enfants d'ouvriers, avec les noms trop communs cités plus haut, sont en majorité.

On doit abandonner, dès le commencement des recherches, l'espoir de retrouver les malades de cette catégorie, surtout s'ils n'ont pas non plus une profession caractéristique qui les distingue.

J'ai donc divisé, avant le commencement des recherches, mon matériel en quatre groupes :

A. — *Noms communs, professions communes* : 112, dont 1 guéri, 1 amélioré, 11 non guéris et 99 non trouvés.

B. — *Noms peu communs, professions communes* : 58, dont 5 morts, 7 guéris, 9 non guéris et 37 non trouvés.

C. — *Noms communs, professions peu communes* : 10, dont 6 guéris, 1 amélioré, 1 non guéri et 2 non trouvés.

D. — *Noms peu communs, professions peu communes* : 21, dont 2 morts, 9 guéris (1 mort), 2 bien améliorés, 4 non guéris et 4 non trouvés.

Ce sont les deux dernières classes qui me guident dans mes vues sur le pronostic ; je trouve dans ces recherches, l'affirmation de l'opinion exprimée par MM. Besnier, Vidal et Brocq, que le prurigo n'est pas, comme l'enseigne l'école de Vienne, une maladie incurable.

Mes recherches démontrent que la maladie a une tendance marquée à s'atténuer peu à peu vers l'âge adulte, pour s'éteindre enfin après la puberté, pourvu que l'individu ait eu la chance de se soustraire aux conditions malheureuses de ses parents et qu'il se soit soigné d'une façon suffisante, principalement par les bains réguliers, qui sont indispensables.

Quand l'individu a atteint l'âge mûr et devient capable d'échapper aux facteurs nuisibles tels que la pénurie, l'alimentation défectueuse, l'air impur, l'habitation malsaine, les parasites (qui jouent un grand rôle pour entretenir la maladie), il aura atteint les chances de la guérison.

Quand la maladie se prolonge au delà de la puberté (chez 17 femmes et 42 hommes, soit 29 0/0) elle ne laisse que peu d'espoir d'une guérison complète. Parmi mes malades il s'en trouve cependant plusieurs qui ont été libérés de leur maladie après l'âge de 25 ans.

Les malades chez lesquels le prurigo dépasse la puberté se distinguent déjà dans l'enfance par leur anémie et leur maigreur, par des attaques longues et souvent répétées (la force des démangeaisons reste la même en toute saison), par des complications graves d'echtyma, d'eczéma, d'engorgement ganglionnaire, mais surtout par des petites cicatrices blanches qui restent après les éruptions secondaires, par les épaississements de la peau et par le fait que l'éruption n'épargne même pas leur visage, un symptôme très important pour le pronostic.

C'est seulement sous ces rapports qu'il y a lieu de distinguer un prurigo levis et un prurigo gravis, mais il n'existe pas de différence de nature entre ces deux formes.

Au delà de la puberté, le prurigo perd la plus grande partie de sa force, il devient tolérable et beaucoup plus facile à traiter, tout prurigo gravis devient un prurigo mitis, de sorte que dans leur état de santé, quantité de malades disent qu'ils éprouvent encore « des démangeaisons qui sommeillent dans le sang ».

La pathologie du prurigo d'Hébra comprend d'autres questions d'un intérêt profond ; à savoir, si les démangeaisons sont primaires et les papules secondaires ou vice versâ. A mon avis les démangeaisons sont primaires et les papules produites par le grattage, comme l'avait déjà soupçonné Auspitz et comme Jacquet l'a si bien démontré.

Et les raisons qui me portent à adopter cet ordre des phénomènes sont les suivantes :

1) Qu'avec l'usage des bains et des pommades on parvient aisément à faire disparaître les papules dans l'espace de huit jours, mais les démangeaisons persistent, et si l'on cesse à cette époque le traitement les grattages du malade feront réapparaître rapidement les mêmes lésions.

2) Plusieurs de mes malades, qui étaient assez intelligents pour l'observer, m'affirmaient sans aucune question de ma part la même expérience.

Les opinions d'Hébra sur les papules comme élément primitif sont donc incorrectes.

L'opinion de Cazenave sur la maladie comme dérivant du système nerveux, comme une sorte d'hyperesthésie cutanée me semble bien plus probable.

Outre les pigmentations de la peau décrites par Hébra, qui se développent quand la maladie récidive sans cesse, on trouve chez les sujets les plus attaqués surtout sur la poitrine nombre de petites cicatrices miliaires, blanchâtres, à bords pigmentés comme reste des éruptions secondaires antérieures.

Les cicatrices sont typiques pour le cas de *prurigo agria*, toujours récidivants à mauvais pronostic.

Elles n'ont été décrites jusqu'ici par nul auteur, je reviendrai dans un travail postérieur sur ces cicatrices.

Les engorgements ganglionnaires qui se rencontrent dans le prurigo dérivent exclusivement des infections secondaires produites par les grattages, car leur grandeur est toujours proportionnée à l'intensité des infections secondaires et ils sont d'une grandeur variable pendant les différentes attaques chez le même sujet.

Une seule fois, chez une enfant de 2 ans, nous avons assisté à la formation d'un bubon suppuratif inguinal.

Je ne puis ni contester ni adopter pleinement les idées d'Alibert sur l'hérédité.

Parmi mes malades, il y en a un qui déclare que son grand-père; trois autres, que leurs pères; un autre que sa mère, ont souffert de la même maladie.

Parmi mes malades il se trouve :

6 couples de frères ;

2 sœurs et leur cousine ;

2 frères et leur sœur (leur père avait la même maladie) ;

2 sœurs et leur frère ;

Et une sœur et ses 3 frères, qui tous souffraient de la maladie en question.

Plusieurs de ces renseignements de parenté sont parvenus à *moi* personnellement au courant de mes investigations, tandis que les anciennes observations ne touchent point la question ; je suis donc

porté à croire que la disposition de famille joue un rôle plus grand que ne l'avait cru Hébra.

L'école de Vienne a émis la doctrine, que l'urticaire des enfants en bas âge précède le prurigo. Nous ne l'avons vu que chez deux malades dont l'une, une enfant de 4 mois souffrant de démangeaisons depuis sa naissance et l'autre, un enfant de 2 ans et demi.

Je me demande alors si l'urticaire n'a aucun rapport avec le prurigo et s'il ne s'agit là que d'une simple coïncidence.

Quelques auteurs ont signalé la fréquence de l'emphysème pulmonaire chez les sujets atteints de prurigo d'Hébra.

Nous ne l'avons trouvé que chez un malade, un sexagénaire, évidemment aussi par simple coïncidence. Je doute alors de cette affirmation.

Pour ce qui concerne *le traitement*, nous avons essayé pendant le courant des 28 années toutes les méthodes qui ont été successivement recommandées.

Les opinions de Rayer et d'Hébra, que le traitement externe peut seul faire quelque chose, restent en vigueur.

Sans les bains, tout traitement est inutile. L'été les bains de mer, l'hiver les bains chauds, prolongés d'une demi-heure ou d'une heure, tous les jours avec friction suivante, d'une pommade au naphtol, 3 à 10 0/0 nous ont donné les meilleurs résultats.

Un cas de « pemphigus » gangreneux.

Par le professeur NIC. MANSOUROFF (de Moscou).

Le malade K..., brun, âgé de 40 ans, de moyenne taille, et ayant un bon aspect, avait abusé des boissons alcooliques pendant ces deux dernières années ; 16 ans auparavant, il était affecté de la syphilis, dont les symptômes n'existent plus.

Le 10 mars 1892, il remarqua *près de la racine du pénis à droite* une pustule qui devint rapidement une grande bulle ; presque en même temps il aperçut à la face interne de *la cuisse gauche*, une bulle qui augmenta rapidement.

Le 12. La partie affectée de la peau du scrotum atteint la dimension d'une pièce de 5 francs. L'épiderme est parti, la peau sous-jacente est gangreneuse et œdémateuse. La lésion de la cuisse a la dimension de la paume de la main ; l'épiderme est soulevé en forme d'une grande bulle comme après un vésicatoire ; cette bulle de couleur jaune était cloisonnée et le liquide qui la remplissait ne sortait que lentement,

après plusieurs piqûres. Au centre de cette bulle la peau était livide et fortement infiltrée d'un sang extravasé, mais sans tuméfaction. L'affection cutanée n'était pas accompagnée ni de douleurs, ni de fièvre.

Au début de la maladie, le malade ressentait quelque cuisson et démangeaison à l'endroit affecté du scrotum, mais à la cuisse les sensations passèrent vite. Le traitement consistait dans l'usage d'une pommade de zinc sur un coton carbolisé. A l'intérieur : salicylate de soude 1,0 matin et soir.

Le 18. La bulle de la cuisse augmenta davantage, elle descend plus bas, à l'intérieur. La partie centrale de la bulle a plutôt l'aspect d'une couche fibrineuse, qui se vide difficilement. La peau environnante est normale. On voit au scrotum une partie de la peau gangrénisée de la grandeur d'une pièce de 5 francs entourée d'une ceinture suppurative fort atonique. Au fémur, à la place de la bulle primitive et centrale on voit aussi une gangrène de la peau de la grandeur d'un décimètre carré. La suppuration aux limites de cette gangrène est très atonique. Toute la peau environnante, couverte de la bulle est livide, à cause du sang extravasé.

Le 22. Les bords des parties soulevées de la peau gangrénisée du scrotum ont une forme irrégulière. On aperçoit une ligne de démarcation qui les environne. Le même tableau au fémur, un morceau de peau noircie de la grandeur de deux pouces carrés, commença à se détacher. (Une pommade goudronnée appliquée à cette place active la suppuration.)

Le 27. Les parties gangrénisées de la peau se détachent. Un grand morceau à la cuisse a été coupé, avec un ciseau. (Même traitetement.)

Le 10 avril. Les deux altérations se détergent et présentent une abondante suppuration. (Solut. de nitrate d'argent, 1 : 1000.)

Le 28. L'ulcère du scrotum guéri, on voit à sa place une cicatrice profonde et ovale. Au fémur l'ulcère est en voie de guérison ; il il a la dimension d'une pièce de 5 francs.

Le 12 mai. L'ulcère de la cuisse est aussi cicatrisé.

L'examen microscopique de la lymphe qui était renfermée dans les bulles ne présenta aucune anomalie. L'étiologie de cette affection resta donc obscure.

La séance est levée.

Le secrétaire,
H. Feulard.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Érythème. — F. Colcott Fox. Erythema gyratum perstans chez les deux personnes les plus âgées d'une famille. (*Atlas international des maladies rares de la peau*, 1891, fasc. V.)

Observation d'un homme actuellement âgé de 29 ans, et de sa sœur âgée de 28, aînés d'une famille de 5 personnes toutes vivantes et bien portantes. L'auteur observe ces 2 malades depuis 10 ans.

En 1880, il a constaté chez tous deux une éruption débutant par des papules érythémateuses, disséminées, isolées, légèrement surélevées, de la largeur d'un grain de mil, accompagnées d'un prurit insupportable ; ces papules s'étendent rapidement d'une manière centrifuge, formant une bordure érythémateuse étroite et légèrement surélevée qui entoure une surface pigmentée, et qui desquame si rapidement qu'on ne trouve plus qu'une mince desquamation lamelleuse à la partie interne de la bordure érythémateuse ; les anneaux, en s'élargissant, se fusionnent avec les anneaux voisins pour former de larges festons. Les poussées se reproduisent au moins tous les 3 mois, durent de 10 à 40 jours suivant leur intensité ; elles siègent sur le tronc et les extrémités, en particulier du côté de l'extension ; dans l'intervalle des poussées il y a une évolution continue de papules, en particulier sur les épaules, les cuisses et les fesses, de sorte que, depuis l'âge de 4 ans, la peau n'est jamais complètement intacte ; les régions palmaires et plantaires, la face, le cou et le crâne ne sont jamais atteints ; le dos des mains et des pieds le sont rarement. La maladie est toujours moins prononcée l'hiver ; chez le frère, une égratignure ou une coupure ou un écart de régime sont toujours suivis d'une poussée. L'affection est plus intense chez la sœur que chez le frère.

Depuis lors, la maladie a toujours présenté les mêmes caractères. Les membranes muqueuses ont toujours été respectées. Les deux malades ont eu des enfants qui n'ont pas été atteints de la même affection. Des traitements par le mercure, l'arsenic, la quinine, etc., n'ont donné aucun résultat ; des lotions aux sels de plomb, de zinc, à l'acide phénique, au tannin ont calmé les démangeaisons mais n'ont eu aucun effet curatif.

Il n'a pas été fait d'examen biopsique, mais on s'est assuré de l'absence de parasites.

L'auteur fait remarquer l'analogie d'évolution de ces lésions avec la glossite desquamative. Il rejette l'idée d'érythème polymorphe, celle d'urticaire, car il n'a jamais constaté la moindre éruption ortiée, enfin celle de dermatite de Duhring, parce que la ressemblance n'est pas absolue entre les deux maladies. Il pense que ce fait est unique jusqu'ici.

Georges Thibierge.

Érythème induré de la main. — John Cavafy, m. d. An unusual affection of the hands. (*British Journ. of Dermat.*, janvier 1892, p. 1.)

Sous ce titre, l'auteur décrit chez une jeune fille de 25 ans une éruption récidivante, limitée aux mains, surtout abondante à la face dorsale. Les lésions sont multiformes, elles sont plus accusées en hiver, sans que le froid paraisse cependant avoir sur elles une influence immédiate. Elles n'ont pas de connexion avec les engelures, bien que la malade y ait été autrefois sujette.

L'auteur propose la dénomination d'*érythème induré* qui résume le mieux les lésions et les fait rentrer dans le cadre de l'érythème polymorphe.

R. Sabouraud.

Géromorphisme. Peau de vieillard. — A. Souques et J.-B. Charcot. Géromorphisme cutané. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, mai 1891, p. 169.)

Sous ce néologisme élégant et expressif (γῆρας vieillesse, μορφή apparence), Souques et J.-B. Charcot décrivent un état pathologique de la peau qui n'avait pas été encore signalé. Leur description se base sur une seule observation.

Jeune fille de 21 ans, chez laquelle, à l'âge de 11 ans, à la suite d'une éruption généralisée de gros boutons rouges de nature inconnue, la peau a commencé à présenter une apparence spéciale, rappelant celle de la peau d'un vieillard. Dans toute son étendue, la peau est plissée, ridée et ne présente pas d'autre altération; il n'y a aucune espèce d'éruption actuelle et on ne découvre que sur le visage quelques vestiges effacés d'anciennes cicatrices; l'épiderme a une coloration normale, et, en dehors des sillons, son aspect est lisse et uni. La partie supérieure de la face est sensiblement normale, tandis que la partie inférieure contraste par le nombre et l'étendue de ses rides; sur le tronc et sur les membres, la peau est ridée et d'autant plus altérée qu'on se rapproche de la racine des membres. La peau ainsi altérée est mobile, décollée des plans profonds, elle a perdu sa consistance et son élasticité, la sueur est diminuée, la coloration du système pileux est conservée, il n'y a ni douleurs ni démangeaisons. Les dents sont en nombre normal; les plans musculaires profonds et le tissu osseux n'offrent rien d'anormal, les divers appareils de l'économie fonctionnent normalement et, en particulier, les artères ne sont pas athéromateuses.

Tout en ne pouvant se prononcer sur la nature et les conditions étiologiques du géromorphisme, les auteurs pensent qu'il s'agit d'un état pathologique spécial, revêtant le masque de la vieillesse et qui doit être classé à côté de certaines cachexies innommées, à côté du myxœdème; ils font ressortir qu'il ne peut s'agir de sénilité, même précoce, car les divers viscères et les divers appareils sont ceux d'une femme de 20 ans.

Georges Thibierge.

Hyperkératose. — H. von Hebra. Hyperkeratosis striata et follicularis. (*Atlas international des maladies rares de la peau*, 1891, fasc. V.)

Femme de 23 ans, enceinte de 6 mois, ayant été atteinte au cours d'une première grossesse de la même affection, qui aurait disparu 3 jours après

l'accouchement et serait reparue au bout de 3 semaines pour atteindre bientôt l'intensité qu'elle présente actuellement.

Sur les deux sourcils, élevures épidermiques peu nombreuses, isolées et entourées d'une auréole rouge ; paupières rouges, gonflées, recouvertes de croûtelles ; sur le dos du nez, quelques nodules épidermiques disséminés ; dépôts épidermiques isolés ou conglomérés sur la lèvre supérieure.

Les lésions commencent sur le cou et s'étendent sur les épaules et les bras où on trouve des nodules plats et surélevés, isolés ou confluents, formés surtout d'épiderme et pouvant être enlevés en grande partie sans produire de lésion du corps papillaire. Ces nodules atteignent leurs dimensions les plus considérables au niveau des surfaces d'extension des membres supérieurs, où elles forment des saillies gris verdâtre, de la largeur d'une lentille, surtout abondantes au niveau des coudes. Ces saillies s'enlèvent avec l'ongle sans produire d'écoulement de sang et laissent après elles une dépression en entonnoir sauf au niveau du coude où elles pénètrent très profondément. On constate, aussi bien après l'ablation des petites que des grosses saillies, au-dessous d'elles, un poil en tire-bouchon ; parfois ce poil, englobé dans la masse épidermique, est arraché en même temps que celle-ci. Sur la surface de flexion des coudes, on voit des saillies disposées sous forme de bandes longues de plusieurs centimètres, larges de près de 1 centimètre, parallèles en général à l'axe du membre et qui, malgré leur apparence, ne sont pas consécutives à des grattages ; ces saillies, de coloration gris verdâtre, d'aspect croûtelleux, sont formées pour la plus grande partie de masses épidermiques accumulées et pour une faible partie de produits d'exsudation surajoutés ; elles envoient des prolongements nombreux dans le corps papillaire, et leur ablation détermine un écoulement sanguin.

Le tronc est peu atteint, sauf à la région sacrée où on voit de nombreuses petites saillies épidermiques isolées correspondant aux follicules pileux et ayant le même aspect que les éléments des surfaces d'extension des coudes.

A la région externe du genou droit, une large plaque offrant l'aspect des bandes de la région antérieure des coudes.

Pas de prurit, pas de douleur, pas d'altération de la santé générale.

Il n'a pas été fait d'examen biopsique.

Guérison en 14 jours sous l'influence des bains chauds, des savonnages, des applications résorcinées, puis de l'emplâtre salicylé.

GEORGES THIBIERGE.

Kératodermie symétrique congénitale. — AZUA. Un caso de keratodermias simetricas congenitas y hereditarias. (*Revista clinica de los hospitales.* Madrid, 1891, p. 38.)

L'auteur donne avec beaucoup de détails cette intéressante observation dont voici les points les plus saillants : le malade était venu consulter pour une rétraction des mains et pour une douleur à la pointe du médius gauche. Il est atteint chaque hiver de cette rétraction des mains et cela depuis vingt-huit ans : son père présentait les mêmes lésions et un fils du

malade, âgé de deux ans et demi, a présenté aux mains et aux pieds les mêmes altérations, le second hiver qui a suivi sa naissance. Quant à la douleur du doigt, elle est due à un bourrelet inflammatoire qui fait sertissure à l'ongle du médius. En interrogeant le malade sur ses antécédents, on apprend que son père, qui est mort d'une hémorrhagie cérébrale, présentait à la paume de la main et à la plante des pieds les mêmes lésions, mais moins prononcées et ne l'empêchant pas de travailler même au cœur de l'hiver. Du côté maternel, aucune lésion cutanée. Il a un frère qui ne présente aucune affection de la peau. La lésion cutanée a commencé chez lui dès le premier âge et depuis cette époque les altérations des mains, des pieds, des oreilles et du nez se sont montrées chaque année malgré toutes les médications et toutes les précautions. Elles n'ont fait défaut qu'une année, le malade résidant à Séville au milieu d'un climat tempéré. Aux premiers froids, le malade accuse une sensation d'obtusion de la sensibilité des mains, des pieds, des oreilles et du nez, s'accompagnant d'une sorte de tuméfaction : la coloration de ces parties vire au rouge violacé et les mouvements de la main et du pied deviennent difficiles sans qu'il y ait de douleur vive ou fixe. Après une quinzaine de jours de grands froids, survient une autre phase, en même temps qu'apparaissent de nouvelles lésions. C'est un épaississement des couches cornées de la peau des régions atteintes, callosité diffuse et lisse formant une sorte d'étui qui par sa rétraction ride les oreilles et produit une rétraction plus ou moins accusée avec flexion de la main. Les ongles des doigts et des orteils deviennent foncés et s'incurvent : ils tombent au printemps, et sont remplacés par d'autres. La tuméfaction et l'obtusion de la sensibilité augmentent lorsque le malade s'expose au froid ; l'épaisseur de la couche cornée varie avec la rigueur de l'hiver. Lorsque le printemps revient, les phénomènes subjectifs disparaissent, puis vient le tour des rétractions : les couches cornées blanchissent comme l'épiderme macéré ; il se détache par lambeaux et peu à peu toutes les parties atteintes reprennent leur aspect normal. Homme sain ; fonctions normales ; les fonctions nerveuses seules et surtout les sensitives sont facilement excitables. État actuel : les doigts sont en demi flexion, écartés, les extrémités dirigées vers la paume par suite de la rétraction signalée qui s'étend à la paume des mains et à la face palmaire des doigts. Si l'on veut ramener les doigts à leur position normale, on détermine de la douleur. La couche kératosique est d'un blanc terne, assez lisse, avec de petites crevasses : son épaisseur varie de 2 à 5 millim. Au-dessous, existe une surface rouge, presque saignante.

Cette couche cornée est formée de couches superposées. Au niveau des doigts, la kératodermie occupe la face palmaire, puis au niveau de la seconde phalange, elle passe à la face dorsale, s'étendant jusqu'à l'ongle et constituant ainsi pour chaque doigt une sorte de dé.

Le reste de la face dorsale de la main présente une coloration rouge sombre et présente une altération kératosique très circonscrite. Au niveau de la tête des quatre derniers métacarpiens, on voit une production cornée en forme de plaque ovalaire, très dure, très dense, surélevée, à grand axe longitudinal, dont les bords sont plus élevés que le centre, formant ainsi une cupule peu profonde. Les ongles sont incurvés, de couleur rouge

sombre, en forme de griffe. Le malade ressent aux mains une sensation de froid, bien que la température ambiante ne soit pas très basse : ses mains deviennent facilement violacées et les plaques kératosiques prennent alors une couleur plus foncée. Les pieds présentent des lésions semblables à celles des mains, mais on ne voit pas sur la tête des métatarsiens les productions cornées qui existent sur les métacarpiens : la face dorsale des orteils n'est pas non plus envahie. Les ongles ne sont pas incurvés comme ceux des mains ; ils ont perdu leur coloration naturelle, prenant une teinte obscure et la striation normale fait défaut. La plaque kératosique de la face plantaire des doigts bien qu'elle arrive jusqu'à l'ongle ne s'y unit pas intimement comme pour les doigts de la main. La plante du pied est recouverte d'une couche cornée comme à la main ; au niveau des plis de flexion des orteils, il y a de petites fissures dans la substance cornée, mais elles n'atteignent pas le derme. Aux pieds, le malade ressent une cuisson ; la marche est normale ; les réflexes sont aussi normaux. Lorsque commence l'accès, le nez et les oreilles deviennent durs, froids et violacés et se recouvrent d'une sorte de desquamation psoriasiforme assez fine, beaucoup moins adhérente qu'aux pieds et aux mains et que le malade arrache facilement.

L'évolution de ces différentes lésions se présente de la façon suivante : les symptômes apparaissent avec les premiers froids et vont chaque fois en se prononçant davantage ; l'état local persiste pendant quatre, cinq ou six mois suivant la rigueur de la température, puis ils disparaissent lentement vers l'été. Tous les hivers le malade a souffert de son affection. Pendant que le malade était soumis à l'observation de l'auteur, la couche kératosique des mains fut soulevée en certains points par des ampoules dues à l'accumulation d'un liquide trouble, altéré par son contact avec les couches cornées et qui paraissait être de la sueur. En les déchirant, on put s'assurer qu'il n'y avait aucune lésion du corps muqueux.

L'auteur donne ensuite la fin de l'observation du malade pendant le temps qu'il passa dans son service : à mesure que la température s'élevait tous les phénomènes s'amendaient. Au mois de juin, la plante des pieds et la paume des mains étaient redevenues lisses ; les ongles repoussaient ; les sensations de froid avaient disparu. De même, sur les oreilles et sur le nez les altérations disparaissaient rapidement ; les squames cessèrent de se produire, la rougeur disparut et bientôt on ne vit plus aucune trace des lésions anciennes.

En résumé, dit l'auteur, le froid semble être la condition requise pour le développement de l'affection : sa pathogénie probable est d'ordre trophonévrotique et réflexe, la cause de ce réflexe étant le froid.

La première description de ce type morbide est de Unna et le moulage 961 du musée de l'hôpital St-Louis, est la reproduction d'un cas observé par M. E. Besnier. Le cas décrit par l'auteur présente quelques particularités intéressantes : l'intermittence vraie de la maladie qui amplifie ce caractère commun avec les autres kératodermies, de subir une exacerbation sous l'influence du froid. La basse température qui aggrave les unes détermine celle-ci. Les altérations des ongles et la formation de ces sortes de dés cornés que ne présentaient pas les malades de MM. Besnier et

Unna constituent l'un des caractères les plus typiques de ce cas. Le caractère différentiel le plus important, consiste dans la kératodermie des oreilles et du nez, fait jusqu'alors inédit. PAUL RAYMOND.

Tatouage comme moyen thérapeutique. — PASCHKIS. Ueber Tatowirung und deren Anwendung zur Deckung mangelnder oder fehlender Hautpigmentation. (*Wiener mediz. Wochenschrift*, 1892, p. 137.)

L'auteur emploie un mélange de couleurs qu'il obtient en triturant de l'ocre rouge, jaune et brun avec du blanc ; pour ce dernier il donne la préférence au sulfate de baryte qui est insoluble en excluant absolument la céruse. Il est impossible d'indiquer les proportions du mélange, elles varient nécessairement suivant les nuances qu'on veut obtenir. En général on étend le jaune avec du blanc, on ajoute très peu de rouge et encore moins de brun, et parfois on introduit une trace de cinabre, d'oxyde rouge de fer, de terre verte ; dans quelques cas on met aussi du bleu d'outre-mer. Il est évident qu'on ne peut pas employer des couleurs triturées avec de l'huile, mais qu'il faut prendre des couleurs pulvérisées que l'on broie sur une plaque de verre en y ajoutant quelques gouttes d'eau.

M. Paschkis pratique le tatouage avec des aiguilles fines, au nombre de 3 à 8, qui au moyen d'une douille métallique vissée sont fixées à un manche en os. Après avoir lavé la peau avec du savon et du sublimé on recouvre la partie qui doit être tatouée avec une pâte épaisse préparée avec le mélange de couleurs et enfin on enfonce les aiguilles, lavées préalablement dans de l'alcool absolu, perpendiculairement d'environ 1/2 millimètre dans la peau. La douleur est nulle et l'hémorrhagie insignifiante. On laisse sécher la pâte, on enlève ensuite la partie en excès, par le lavage.

Au bout de 8 jours toute inflammation a disparu ; les parties tatouées paraissent alors colorées d'une manière uniforme.

L'auteur a appliqué cette méthode de tatouage aux cicatrices vaccinales étendues, aux envies, aux nœvi pigmentaires. Selon Paschkis ce mode de tatouage serait très indiqué non seulement pour les cas signalés ci-dessus, mais aussi pour les cicatrices superficielles dépourvues de pigment.

A. DOYON.

Teigne imbriquée. — PATRICK MANSON, M.D. On a case of tinea imbricata. (*British Journ. of Dermat.*, janvier 1892, p. 5.)

Ce travail intéressant fait à Hong-Kong au sujet d'un malade atteint de cette variété de trichophyton, ne se limite pas au simple examen des lésions du cas particulier. Il est complété par une étude plus générale de la distribution géographique de la maladie, des races humaines qui la présentent plus spécialement, de l'aspect des lésions, de la morphologie du parasite, de son inoculation, etc... ; nous le résumerons brièvement.

La teigne imbriquée, au contraire du trichophyton, envahit souvent de très grandes surfaces, elle peut couvrir le tronc, les membres et à la longue, la presque totalité du corps. A l'inverse du trichophyton elle ne présente pas de prédilection pour les parties pileuses. Ses lésions circinées ne s'accompagnent d'aucune trace d'irritation locale.

Les cercles sont nombreux, réguliers, inscrits les uns dans les autres en nombre indéfini, jusqu'à cinq, six et davantage.

La périphérie de ces cercles, sous les écailles qui la recouvrent est d'une couleur bronzée tout à fait caractéristique, et due aux amas du parasite qui est lui-même coloré. De même la couleur des squames du pityriasis versicolore est due à la couleur propre du microsporon furfur.

Non traité, le cercle de la teigne imbriquée est recouvert de larges squames adhérentes à la périphérie du cercle et soulevées en son milieu ; comme les cercles extérieurs au premier présentent tous la même disposition, il s'ensuit un aspect spécial rappelant celui des tuiles d'un toit conique, d'où le nom de tinea *imbricata*. Ces larges écailles sèches sont peu adhérentes, et se retrouvent en quantité dans les vêtements du malade. Le parasite, un myxomycète, y est contenu avec une abondance extrême, formant un véritable feutrage où l'on retrouve mêlés, les spores et le mycélium.

Les mêmes lésions, de même aspect, sont reproduites par l'inoculation sur d'autres sujets. Le même malade peut être inoculé expérimentalement avec le trichophyton tonsurans et avec la tinea imbricata, qui présentent leurs caractères objectifs spéciaux, reconnaissables à première vue.

Si Tilbury Fox et après lui beaucoup de dermatologistes anglais ont cru à une identité des deux maladies, c'est que la tinea imbricata est une maladie équatoriale et que ces auteurs n'en ont jamais vu sur le vivant.

De vieilles squames apportées en Europe, envahies secondairement par d'autres myxomycètes, ne peuvent en aucune façon servir à déterminer l'identité ou la non identité des deux maladies.

Bien qu'il y ait des différences microscopiques nombreuses entre les deux espèces voisines de ces champignons, entre autres dans la forme des conidies et leur disposition dans le mycélium, le principal caractère différentiel est que, dans la teigne imbriquée, le parasite est infiniment plus touffu et plus abondant. De plus, les végétations de la teigne imbriquée sont intra-épidermiques, celles du trichophyton vulgaire sous-épidermiques et moins superficielles.

Les cultures sont difficiles à obtenir pures, il faut recourir à une inoculation préalable de la peau, stérilisée auparavant au point d'inoculation et recouverte ensuite d'un pansement aseptique.

L'auteur étudie ensuite la répartition ethnographique de la maladie. Elle règne dans toute la zone intertropicale asiatique et océanienne, quoique plus fréquente sur certains points.

Le traitement est le même que celui du trichophyton : débarrasser d'abord la peau de ses squames, par un décapage au savon et faire sur les points malades deux ou trois applications successives de teinture d'iode.

R. Sabouraud.

Teigne (traitement de la). — Louis A. Duhring. Experience in the treatment of chronic ringworm in an institution. (*The American Journal of the medical Sciences*, février 1892, p. 109.)

L'auteur a eu à diriger le traitement d'une épidémie de teigne tondante dans une institution. Il y avait 48 enfants contaminés, âgés de 8 à 12 ans. La plupart étaient atteints depuis au moins six mois, quelques-uns depuis

trois ans, malgré tous les soins d'hygiène et de propreté que l'on avait pris. Ils présentaient toutes les formes possibles, compliquées ou non, de tricophytie du cuir chevelu. En présence du caractère très rebelle de la maladie, le Dr Duhring a institüé toute une série d'expériences pour déterminer quel pouvait être le procédé le plus efficace pour la combattre et voici quels sont les résultats qu'il a obtenus.

Règle générale, les cheveux ont été coupés courts une fois par semaine, mais dans quelques cas ils ont été rasés tous les deux ou trois jours. Les topiques ont été appliqués par frictions incorporés à de l'huile ou à des pommades de façon à faciliter leur pénétration dans les follicules. L'auteur repousse l'épilation : elle est, dit-il, théoriquement bonne, pratiquement on ne peut l'employer dans les cas sérieux et fort étendus.

Comme préparation servant à nettoyer la tête de temps en temps il a employé un mélange de savon mou et de soufre, après avoir préalablement fait des onctions avec de l'huile phéniquée : lorsque l'inflammation était trop intense et les croûtes trop considérables, les simples cataplasmes de farine de graine de lin lui ont rendu des services. Parmi les pommades calmantes qu'il a été obligé d'employer de temps en temps pendant quelques jours pour permettre aux phénomènes inflammatoires causés par les topiques énergiques de se calmer, il a eu surtout à se louer de pommades à l'oxyde de zinc additionné de soufre précipité, ou de « pétrolatum », de pommades faibles au calomel ou au précipité blanc. Contre le kérion les lotions à l'acide sulfureux et à l'hyposulfite de soude lui ont paru réussir.

L'acide phénique et le goudron ne lui ont donné que des résultats imparfaits et incertains. L'iode sous forme de teinture et de pommades ne réussit que dans les cas peu rebelles et récents : il fait desquamer l'épiderme et présente tous les inconvénients des topiques qui ont cet effet; pour la teigne il faut des préparations qui restent en contact constant avec les parties malades et pénètrent les follicules. L'oléate de cuivre ne lui a pas paru avoir la moindre action sur la trichophytie ; il en a été presque de même des mercuriaux. L'huile de croton a réussi dans les cas peu inflammatoires en provoquant une réaction inflammatoire aiguë, purulente : il l'employait mélangée à trois parties d'huile d'olive : une ou deux applications à 12 ou 24 heures d'intervalle suffisaient pour produire les pustules. Les vésicatoires n'ont pas donné de bons résultats.

Le soufre en pommade aux doses de 3 à 10 gr. pour 30 d'excipient lui a paru être un bon parasiticide, peu irritant ; l'auteur l'a essayé combiné avec d'autres substances telles que le goudron, l'acide phénique, mais il pense qu'il agit mieux quand on l'emploie seul.

La chrysarobine est la substance qui lui a paru être la plus efficace. Il l'a employée dans 39 cas : sept fois elle a déterminé des phénomènes inflammatoires assez violents pour qu'on ait été obligé d'en suspendre l'usage ; 22 fois elle a été bien supportée. Les doses ont varié de 1 à 8 pour 30 d'excipient ; la préparation la plus habituellement employée a été de 4 pour 30. D'ailleurs, comme cela arrive toujours pour les préparations de chrysarobine, la tolérance était des plus variables suivant les sujets. Cependant l'auteur dit formellement que c'est un médicament qu'il ne faut manier qu'avec les plus grandes précautions et dont il faut d'abord pres-

crire de faibles doses; malgré ces réserves il lui donne de beaucoup la préférence sur toutes les autres substances préconisées dans le traitement de la teigne tondante. L. B.

Troubles trophiques. — Boeteau. Sur quelques cas de troubles trophiques dans les maladies mentales. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 6 et 13 février 1892, p. 69 et 80.)

A propos de l'observation d'une malade atteinte de manie aiguë qui, à quatre accès consécutifs de manie, fut prise au bout de deux ou trois jours d'accidents d'asphyxie locale des membres supérieurs ayant entraîné au cours d'un accès la destruction particlle de deux doigts, et s'étant traduite lors des autres accès par le développement de phlyctènes, l'auteur rappelle plusieurs faits déjà connus de maladie de Raynaud chez des sujets atteints de troubles cérébraux (folie à double forme, manie épileptique, mélancolie cataleptique, hystérie convulsive) et en rapproche les divers troubles trophiques cutanés (zona, pemphigus, vitiligo, etc.), observés chez des aliénés. Il conclut que ces divers troubles trophiques sont sous la dépendance de l'état cérébral, avec ou sans intervention de névrites périphériques engendrées par cet état cérébral lui-même.

Georges Thibierge.

Troubles trophiques. — Saury. Troubles trophiques et vaso-moteurs (zona brachial, ecchymoses spontanées, hyperhidrose) chez une dégénérée hypocondriaque. (*La Tribune médicale*, 31 décembre 1891, p. 840.)

Femme de 45 ans, atteinte de délire mélancolique à forme hypocondriaque, prise d'une éruption de zona sur la face interne du bras, le bord cubital de l'avant-bras, les 3 derniers doigts de la main gauche ainsi qu'au niveau du grand pectoral gauche et quelques groupes vésiculeux circinés sur le bord spinal de l'omoplate droite. Trois semaines plus tard, des ecchymoses spontanées se montrent en différents points des membres, du tronc et sur la face ; ces ecchymoses mesurent de 2 à 12 centimètres de long ; en même temps, la malade est dans un état cachectique prononcé ; en une semaine, les ecchymoses disparaissent complètement. A la suite de ces accidents, la malade est prise de sueurs continuelles qui la gênent au point d'interrompre le sommeil. Georges Thibierge.

Tumeurs de la peau. — Colcott Fox. Multiple benign tumours like new growths in the skin. (*Brit. Journ. of Dermat.*, avril 1892., p. 117).

L'auteur relate deux cas de lésions cutanées qu'il rapproche des faits analogues publiés sous le même nom par Schweninger et Buzzi.

Dans le premier, il s'agit de lésions rondes ou ovales occupant le tronc, de la grosseur d'un petit pois, se distinguant facilement des téguments sains, par une légère surélévation, une couleur blanche, une apparence bulleuse et une douceur particulière au toucher.

Ce cas est de M. Malcom Morris.

Le deuxième cas est celui d'une syphilitique qui, d'après son dire, aurait présenté lors de son éruption secondaire des papules qui, sans s'ulcérer, auraient laissé une cicatrice.

Ces cicatrices, légèrement saillantes, irrégulièrement disséminées sur le corps, sont rouges ou blanches, quelques-unes ressemblent à des lésions urticariennes. Toutes sont molles au toucher et donnent au doigt la sensation d'un trou qui existerait dans les couches profondes du derme, et serait recouvert seulement par une mince couche de téguments.

Que les néoplasies syphilitiques tertiaires ou le lupus laissent des cicatrices même sans ulcération préalable, le fait n'est pas rare, mais il n'en est pas de même pour des lésions syphilitiques secondaires non ulcéreuses. M. Colcott Fox ne se prononce pas sur la nature vraie et sur l'origine de ces lésions.

R. SABOURAUD.

Tumeurs de la peau. — E. SCHWENINGER et F. BUZZI. Néoplasme bénin multiple de la peau. (*Atlas international des maladies rares de la peau*, 1891, fasc. V.)

Femme de 29 ans, présentant depuis 8 ans, sur la partie supérieure du dos, de petites saillies blanches, plates, qui augmentèrent assez rapidement de nombre et de volume, et envahirent peu à peu les régions scapulaires, les bras, la partie antérieure du thorax.

Actuellement, les éléments sont assez nombreux sur le dos, particulièrement entre les épaules et le long du rachis, moins nombreux sur la partie antérieure du thorax, moins encore sur les membres supérieurs et le menton. Ces néoplasmes varient de la largeur d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes, à contours exactement arrondis sur le devant du thorax et la partie moyenne du dos, ovales à grand axe dirigé dans le sens des plis de la peau sur les parties latérales du thorax ; ils sont de coloration plus ou moins blanche, légèrement bleuâtre et présentent pour la plupart un gros point noir correspondant à l'orifice d'un follicule ; quelques éléments, à la partie supérieure du thorax, ont une coloration ardoisée avec de fines arborisations vasculaires, ils sont déprimés au lieu d'être saillants et représentent des lésions guéries spontanément. Les petites tumeurs du volume d'une lentille ont l'aspect de vésicules, les plus grosses celui de grosses bulles flétries. En tendant la peau à la périphérie, ces saillies disparaissent et ne sont plus représentées que par une tache blanchâtre avec un follicule dilaté. Par la pression, on refoule ces tumeurs dans l'épaisseur de la peau et, lorsqu'on cesse la pression, la tumeur sort de nouveau comme une petite hernie ombilicale. Les grosses tumeur succèdent à l'évolution des petites, qui en s'accroissant perdent leur couleur blanchâtre, deviennent plus dures et ne se laissent plus déprimer ; lorsqu'elles ont atteint un certain volume, il se produit un arrêt dans leur développement et en quelques points une sorte de régression. L'apparition des tumeurs n'est annoncée par aucun phénomène général et par aucun trouble subjectif local.

A l'examen histologique, on constate que la lésion est nettement limitée, qu'elle occupe la partie supérieure du chorion et les papilles ; les fibres

élastiques ont presque complètement disparu au niveau des lésions, tandis qu'à leur voisinage immédiat elles sont plus nombreuses et plus épaisses. La tunique adventice de la plupart des vaisseaux, surtout de ceux du réseau superficiel horizontal, et de ceux qui entourent les follicules pileux et les conduits excréteurs des glandes sudoripares, est entourée d'amas de cellules rondes ; les cellules endothéliales des vaisseaux sont proliférées ; par places il y a une abondante néoformation de capillaires et de petits vaisseaux, faisant songer à la présence de petits angiomes microscopiques. Les parois des glandes sébacées sont infiltrées de cellules jeunes ; ces glandes sont hypertrophiées dans leur totalité, leurs acini multipliés, par formation de nouveaux acini constituant en quelque sorte des appendices aux acini normaux et remarquables par leurs petites dimensions, par la présence de jeunes cellules à gros noyau et à gros nucléole ; par places, ces glandes sébacées ont pris de telles dimensions qu'elles constituent la plus grande partie du néoplasme. Les follicules pileux sont entourés d'une infiltration cellulaire et renferment 2 ou même plusieurs poils. Dans le derme, les cellules fixes du tissu conjonctif ne paraissent pas être en prolifération ; ces faisceaux sont lâches. Le corps papillaire est aplati dans toute son étendue et l'épiderme semble aminci au niveau des surfaces malades. Le néoplasme, quoique très bien limité, ne présente pas de tendance à l'encapsulement.

Les auteurs pensent que l'altération primitive consiste dans la rétraction du tissu élastique et ils se basent pour l'admettre sur ce qu'elle se retrouve dans toutes les préparations et même dans les néoplasmes les plus petits et les plus jeunes au niveau desquels les altérations des glandes et des vaisseaux sont bien moins prononcées et même sont à peine à leur début. Les lésions prolifératives des autres parties constituantes de la peau seraient la conséquence de cette altération du tissu élastique et pourraient être comparées aux proliférations ex vacuo, ou par disparition de la pression ambiante, que l'on observe dans certaines glandes.

GEORGES THIBIERGE.

Zona double. — GEORGES CARPENTER. A case of double zoster on the same level. (*British Journ. of Dermat.*, janvier 1892., p. 23.)

L'auteur rappelle combien les observations de zona double sont rares ; il mentionne sur ce sujet l'opinion de Kaposi, de MM. Besnier et Doyon, il rappelle les cas rapportés par Thomas Bryant, Balmanno Squire, Maggee Finny de Dublin, etc., puis il y ajoute une observation.

Il s'agit d'une fillette de quatre ans qui présenta une éruption typique de zona double sur le haut du tronc au niveau du sein, très abondante et très étendue à droite, l'éruption à gauche ne dépassait pas la ligne axillaire, et était limitée en avant et en arrière à quelques groupes de vésicules très nettement situées à gauche de la ligne médiane et loin d'elle.

R. SABOURAUD

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Bubon chancreux. — MAURIAC. Bubon chancreux de l'aisselle consécutif à un chancre simple du petit doigt. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques,* p. 580, 1891.)

Les chancres simples extra-génitaux sont assez rares. M. Mauriac en a vu un chez un homme qui était atteint d'un chancre mou de la verge et avait en même temps une engelure ulcérée du petit doigt. Par inoculation, un chancre se développa au niveau de cette engelure, peu après se produisit une angioleucite et un bubon de l'aisselle, qui, une fois ouvert, prit l'aspect chancrelleux. Le pus de cet abcès inoculé sur le malade, donna lieu à un chancre expérimental, qui ne se développa que le sixième jour, délai beaucoup plus long que celui qu'on observe d'ordinaire.

A propos de l'angioleucite, M. Mauriac fait remarquer que l'inflammation chancrelleuse s'est transmise directement du petit doigt à l'aisselle, sans intermédiaire. Dans la syphilis, au contraire, lorsque l'adénopathie axillaire se produit à la suite d'une lésion de la main, le ganglion épitrochléen est pris tout d'abord, et ce n'est qu'après que cette première étape a été franchie que l'inflammation spécifique s'étend plus loin. L. PERRIN.

Chancres simples. — G. NOVÉ-JOSSERAND. Nouveaux cas de chancres simples des doigts. (*Province médicale,* 4 juillet 1891, p. 319.)

Quatre observations de chancres simples développés sur les mains de sujets (2 hommes et 2 femmes) porteurs de chancres simples des organes génitaux.

I. — Sur la face interne de l'index gauche, ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc, assez régulièrement arrondie, rouge, superficielle, ressemblant à une brûlure dont on vient d'enlever la phlyctène, ne causant ni gêne ni douleur, survenue 15 jours après les chancres de la verge.

II. — Vers la racine de l'ongle de l'index droit, ulcération ressemblant beaucoup à une tourniole ; le repli cutané qui recouvre la base de l'ongle est tuméfié, rouge, très douloureux, comme renversé en arrière et recouvre une surface bourgeonnante suppurant abondamment ; douleurs violentes, assez fortes pour empêcher le sommeil ; ganglion épitrochléen volumineux, mais peu douloureux ; début de la lésion 3 ou 4 jours après celui des ulcérations génitales.

III. — Sur la face interne de l'index droit, à la suite d'une coupure et 3 ou 4 jours après l'apparition du chancre génital, ulcération qui a atteint une longueur de 3 centimètres, anfractueuse, à bords saillants et décollés, recouverte d'une croûte sous laquelle se fait une suppuration abondante ; tuméfaction du ganglion épitrochléen et des ganglions axillaires, sans tendance à la suppuration.

IV. — A la paume de la main droite, au niveau de la racine de l'annulaire, ulcération développée à la suite d'une coupure, arrondie, de la largeur d'une pièce de 1 franc, à base inflammatoire, dure, à bord un peu décollé, à fond gris jaunâtre un peu irrégulier.

Dans les 4 cas, le diagnostic a été confirmé par l'inoculation des produits de sécrétion des ulcérations. GEORGES THIBIERGE.

Gangrène génitale. — G. DE ANGELIS MANGANO. Tre casi di ulcera cangrenosa. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, décembre 1891, p. 361.)

Ces 3 faits d'ulcérations gangreneuses des organes génitaux paraissent assez dissemblables.

Le premier a trait à un homme ayant une ulcération gangreneuse du prépuce, après avoir eu des rapports avec une femme atteinte de chancres simples.

Le deuxième à un homme ayant une gangrène du prépuce, survenue sans cause.

Le troisième à une fille publique atteinte de gangrène des régions périvulvaire, périanale et fessière, de chancres simples de la vulve et bientôt après d'accidents syphilitiques qui ont fait penser qu'il s'agissait de chancres mixtes.

L'auteur fait jouer un rôle important, dans la production de la gangrène, aux causes locales (pressions, absence de soins) et à l'état anémique de ses malades. GEORGES THIBIERGE.

Vaginite. — E. WELANDER. Gibt es eine Vaginitis gonorrhoica bei erwachsenen Frauen? (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1892, p. 79.)

L'auteur a eu récemment l'occasion d'observer un nouveau cas de vaginite blennorrhagique. A la suite d'un premier coït d'un homme atteint de blennorrhagie il survint chez une femme une inflammation très aiguë des parties génitales, au point que tout nouveau coït devint impossible. L'auteur constata chez cet homme une blennorrhagie subaiguë avec un nombre considérable de gonocoques typiques. La femme accusait des douleurs et de la chaleur dans les parties génitales ; les lèvres, l'urèthre, l'orifice et les parties voisines de l'entrée du vagin étaient très tuméfiées, douloureuses et sensibles ; écoulement uréthral abondant, purulent, avec nombreux gonocoques typiques ; l'hymen était intact ; par son orifice s'écoulait un liquide épais purulent ; il était impossible d'introduire un doigt, un spéculum dans le vagin ; même l'introduction de la sonde était très douloureuse. Dans la sécrétion vaginale on ne trouvait que des cellules de pus ; pas de cellules épithéliales ; les microbes du vagin étaient en très petit nombre, mais par contre nombreux gonocoques libres ou dans des cellules de pus. Rien du côté de l'utérus. Pendant cette période aiguë la menstruation avait été régulière.

Au bout de quelque temps les parties génitales externes n'étaient plus

tuméfiées ; douleurs dans la miction ; nombreux gonocoques typiques dans la sécrétion uréthrale ; écoulement vaginal semi-purulent, peu important. Dans la sécrétion recueillie avec la sonde il y avait une assez grande quantité de cellules de pus mêlées à des cellules épithéliales ; les microbes ordinaires du vagin étaient en proportion innombrable ; groupes de gonocoques dans les cellules. L'examen de la sécrétion du canal cervical permit de reconnaître les microbes ordinaires du vagin, mais pas un seul gonocoque. Dans ce cas, vaginite purulente avec gonocoques typiques ; canal cervical sain sans gonocoques.

Ce cas concorde avec ceux que l'auteur a antérieurement observés. Il insiste en outre sur ce fait que dans tous il s'agissait de femmes assez jeunes qui toutes avaient contracté la blennorrhagie une des premières fois où elles avaient pratiqué le coït. Chez ces femmes le vagin est dans d'autres conditions que chez les prostituées ou chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, où il est modifié par des irritations de toute nature. Dans le premier cas les gonocoques, selon l'auteur, trouveraient pour leur développement un terrain favorable de nutrition.

Welander pense que l'on peut aussi rencontrer des gonocoques dans le vagin de femmes qui pratiquent le coït depuis longtemps, par exemple, chez les prostituées ; car, dans quelques cas, il a trouvé des gonocoques dans l'écoulement vaginal semi-purulent de ces femmes, sans avoir pu constater chez elles la plus légère trace d'un catarrhe (ou d'une blennorrhagie) dans le canal cervical. Toutes ces femmes ont eu des gonocoques typiques dans l'urèthre. Ces diplocoques étaient-ils réellement des gonocoques, il est difficile de le démontrer, il est tout aussi difficile de savoir si, dans ces cas, il existe un rapport étiologique entre les gonocoques et la vaginite purulente. Il n'est pas sûr, selon l'auteur, que des gonocoques ne puissent pas survenir chez ces femmes dans des circonstances que nous ignorons, dans la vaginite, bien que ce soit là un fait rare.

A. Doyon.

Vaginite blennorrhagique. — Epstein. Ueber Vulvovaginitis gonorrhoïca bei kleinen Mädchen. (*Ergänzungshefte*, n° 2, *z. Archiv. f. Dermat. u. Syphilis*, 1891, p. 4.)

Chez les filles nouveau-nées il se fait très souvent par les organes génitaux un écoulement plus ou moins abondant sous forme d'une masse épaisse, d'aspect gélatineux et de coloration laiteuse. Chez les enfants qui succombent dans les premiers jours après la naissance, le vagin ou la petite cavité utérine sont remplis par cette matière.

Cette substance consiste presque exclusivement en épithéliums pavimenteux troubles, fendillés ou enroulés sur les bords. Pas de leucocytes. Il n'y a d'abord que quelques microcoques arrondis. Les jours suivants la masse épithéliale devient plus grumeleuse ou se liquéfie en une sécrétion analogue à de la colle ou de la crème par l'adjonction de mucosités pendant que les cocci ronds augmentent. Parfois cette sécrétion a tout à fait l'aspect d'un pus clair, ou, chez les enfants ictériques, jaunâtre, de telle sorte qu'on pourrait facilement croire à un catarrhe purulent si ce n'était l'absence complète de leucocytes.

Cet écoulement fait partie du processus de desquamation qui a lieu déjà pendant la vie fœtale, mais qui dans les premiers temps après la naissance s'accentue encore, par suite des conditions nouvelles de l'existence et des irritations extérieures.

Il peut arriver, et c'est un cas assez fréquent, qu'au processus ci-dessus s'ajoute une vulvo-vaginite catarrhale : la muqueuse est alors le siège de phénomènes inflammatoires hyperhémiques, l'écoulement est plus muco-purulent et contient des leucocytes outre les épithéliums qui sont toujours prédominants. Les causes de ce catarrhe vulvo-vaginal sont : l'absence de soins de propreté, les maladies septiques de l'enfant nouveau-né. Outre les leucocytes, la sécrétion de la vulvo-vaginite catarrhale contient de nombreux micro-organismes : formes arrondies, bâtonnets, cocci en chaînette et diplocoques. Précisément cette diversité des formes de bactéries est une particularité qui permet jusqu'à un certain point d'établir le diagnostic de la sécrétion catarrhale par rapport au catarrhe desquamatif et au catarrhe blennorrhagique.

La sécrétion de la vulvo-vaginite spécifique renferme des leucocytes ; les épithéliums pavimenteux sont en petit nombre. Nombreuses cellules rondes dont les noyaux, situés habituellement sur les parois, sont remplis de microcoques disposés par paires ou groupés en amas. Ces microcoques sont aussi libres dans la sécrétion et présentent les caractères attribués aux gonocoques. D'après les phénomènes cliniques et l'examen bactériologique de ces cas, il est donc certain qu'il existe une vulvo-vaginite blennorrhagique chez les petites filles nouveau-nées.

Quant au mécanisme de l'infection, l'auteur en s'appuyant sur ses recherches personnelles, repousse l'hypothèse d'une influence endémique, autrement dit la propagation de la vulvo-vaginite d'enfant à enfant. En raison de l'apparition précoce de cette affection il est très vraisemblable que l'infection a lieu pendant l'accouchement par l'introduction de l'écoulement blennorrhagique de la mère dans la vulve de l'enfant, d'une façon analogue à ce qui a lieu dans l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés.

Relativement à la vulvo-vaginite spécifique des enfants plus âgés, que l'on a l'occasion d'observer vers la deuxième année ou plus tard, l'auteur peut seulement confirmer ce fait déjà connu que, dans des cas de cette nature, la mère présente ordinairement un écoulement vaginal purulent ou en a été atteinte pendant longtemps.

Les cas de vulvo-vaginite blennorrhagique que Epstein a observés à la clinique et à la policlinique étaient caractérisés par les phénomènes suivants : tuméfaction considérable de la muqueuse et sécrétion purulente profuse, envies d'uriner, œdème ou infiltration des grandes lèvres, érosions ou ulcères de la muqueuse, engorgement des ganglions inguinaux, abcès folliculaires, même des phlegmons suppurés d'une grande lèvre. L'absence d'autres symptômes et la régression rapide de ces phénomènes sous l'influence du repos au lit et d'un traitement antiphlogistique et désinfectant empêchent de confondre ces accidents avec ceux produits par la syphilis.

Comme complications, on a signalé dans ces dernières années les engor-

gements articulaires, et surtout la péritonite (notamment chez une fille de 5 ans, deux filles de 7 ans et une de 3 ans 1/2).

Le traitement de la blennorrhagie aiguë chez les petites filles présente encore de plus grandes difficultés que chez les adultes ; il consiste en séjour au lit, applications froides, désinfectantes, bains de siège ou bains entiers, avec addition d'eau salée ou de décoction d'écorce de chêne ; si la sécrétion dure longtemps l'auteur emploie avec succès la poudre d'iodoforme conseillée par Parrot contre la vulvo-vaginite aphteuse.

La présence de la vulvite et de la vulvo-vaginite blennorrhagique chez le nouveau-né et la possibilité d'une infection de ce dernier intra partum exigent les mesures prophylactiques suivantes : les sages-femmes doivent désinfecter l'enfant immédiatement après sa naissance avant de le prendre ; le premier bain doit être additionné d'un antiseptique inoffensif, par exemple, d'hypermanganate de potasse ; lavage de la vulve avec un tampon d'ouate. Dans le cas où la mère a une hémorrhagie ou un écoulement de nature suspecte, l'auteur recommande l'emploi de la solution Crédé. Une ou deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 suffiraient pour humecter la vulve et pour rendre la sécrétion inoffensive. Pour les nouveau-nés atteints d'ophtalmie blennorrhagique on prendra les mesures de précaution nécessaires, notamment pour le bain, le lavage, le séchage et l'enveloppement de l'enfant, afin d'éviter le transport de la sécrétion sur la vulve.

A. Doyon

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA TRICHOPHYTIE DES RÉGIONS PALMAIRE ET PLANTAIRE

Par le Dr **Djélaleddin-Moukhtar** (de Constantinople), médecin de l'armée impériale ottomane.

Je ne m'occuperai ici que d'un point particulier et peu connu de l'histoire de la trichophytie cutanée, de l'apparence que prend la maladie lorsqu'elle siège dans les régions complètement dépourvues de follicules pilosébacés, c'est-à-dire à la paume des mains et à la plante des pieds.

Je négligerai donc volontairement tout ce qui s'applique à la trichophytie en général, des renseignements suffisants à cet égard se trouvant dans les traités de dermatologie. Quant à l'historique de la question, au point de vue de la nature parasitaire de l'affection et de la découverte du trichophyton tonsurans, cet historique est exposé dans les magistrales leçons de M. Lailler (1) et dans la thèse remarquable de M. Feulard (2). Qu'il me soit permis seulement de rappeler que la trichophytie est, avec le favus, une des premières maladies humaines qui ont pu être nettement rapportées à un agent pathogène parasitaire, ce qui portait un coup important à la doctrine de la spontanéité des maladies, doctrine dont les travaux de Pasteur et de ses élèves ont plus récemment fait justice. Nous disons « une des premières », car bien des siècles avant nous, un médecin arabe, Ibn-Zohr avait eu l'immense mérite de reconnaître la cause de la gale dans la présence d'un parasite, l'acare.

De l'histoire naturelle du trichophyton nous ne retiendrons que ce fait, qu'il se présente dans les lésions cutanées qu'il cause avec des caractères un peu variables, mais relativement assez bien déterminés qui permettent de le trouver facilement.

Ces caractères morphologiques sont déjà bien exposés dans les ouvrages classiques. Plus récemment les recherches de MM. Duclaux (3) et celles de M. Verujski (4), faites dans le même laboratoire, ont étudié le côté biologique de la question, c'est-à-dire les cultures du trichophyton sur milieux artificiels. Leurs résultats ont été

(1) LAILLER. Leçons cliniques sur les teignes, 1878.
(2) H. FEULARD. Teignes et teigneux, *Thèse de Paris*, 1886.
(3) DUCLAUX. *Société de Biologie*, 16 janvier 1886.
(4) VERUJSKI. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1887, p. 369.

universellement admis et nous-même avons pu les confirmer dans les points les plus essentiels.

Mais une question nouvelle a surgi depuis lors, celle de savoir s'il n'existe pas différentes espèces de trichophyton. Ce point est encore à l'étude ; voici ce que nous pouvons dire à cet égard.

Nous avons trouvé, dans un même laboratoire, six échantillons de cultures provenant de sources différentes et qui portaient les étiquettes suivantes :

Herpes tonsurans de l'homme, Trichophyton de l'homme, Herpes tonsurans du cheval, Trichophyton du cheval, Trichophyton du veau, Trichophyton épilans.

Ces cultures étaient entretenues et reproduites fidèlement avec leur dénomination originelle. Cherchant à voir s'il s'agissait d'espèces distinctes ou identiques, nous avons commencé à les étudier et des cultures sur mêmes milieux, dans les mêmes conditions, nous avaient conduit presque d'emblée à réduire à *deux* formes au plus ces différents échantillons. Nous sommes persuadés que nous aurions pu arriver à l'unification complète si des circonstances malheureuses ne nous avaient pas forcé à interrompre ce travail.

Les caractères des cultures de ce champignon sont inconstants et variables avec les conditions de milieu, de température, etc. Inutile de faire remarquer que l'examen direct du parasite dans les squames, les poils et les ongles, ne permet pas davantage une différenciation spécifique.

Les dimensions du mycélium sont inégales dans un même squame, et dans des cheveux voisins on peut trouver des spores de volume variable.

En résumé, rien ne permet aujourd'hui d'affirmer qu'il y a des espèces distinctes de trichophyton et, comme le disait notre maître et ami M. Darier, dans une séance récente de la Société de dermatologie, il faudrait, pour prouver cette diversité d'espèces, des caractères de cultures constants et des inoculations positives.

Historique. — La première observation de trichophytie de la paume de la main qui ait été publiée est celle de Tilbury Fox (1). Il s'agit d'une observation dans laquelle une plaque d'herpès tonsurans du poignet avait gagné la face palmaire du métacarpe.

Vient ensuite un important travail de M. le professeur C. Pellizari (2). L'auteur constata un premier cas chez une jeune fille de 19 ans, tisseuse à Pise. Elle avait un cercle parasitaire du dos de la main gauche, qui ne présentait plus les caractères classiques parce qu'il

(1) Tilbury Fox. *British Med. Journal*, 1870.

(2) C. Pellizari. Richerche sul Trichophyton tonsurans, in *Giornale italiano delle mal. ven. e della pelle*, 1888.

était déjà traité par les remèdes externes ; l'éruption s'étendait dans les espaces interdigitaux entre l'index, le médius, et l'annulaire, puis arrivant à la paume de la main elle changeait d'aspect. En effet, au lieu de se présenter avec l'aspect d'une tache arrondie, rouge, avec des éléments éruptifs à la périphérie, elle ressemblait au contraire à un conglomérat de grosses et larges vésicules herpétiformes à contenu purulent.

M. Pellizari fit le diagnostic de trichophytie du dos de la main, compliqué de dermatite phlycténulaire, provoquée probablement par l'usage du sublimé employé avec exagération (trois fois par jour) et en dose trop forte (2 0/0).

Néanmoins, à cause d'une méthode qu'il s'était imposée, l'auteur examina des lambeaux d'épiderme détaché des phlyctènes et y trouva du mycélium peu abondant tout d'abord, puis plus facilement après cessation du sublimé.

Le mémoire que nous analysons contient une 2e observation qu'on retrouvera plus loin (obs. n° 25) où le trichophyton coexistait avec un eczéma sudoral récidivant depuis plusieurs années ; en outre, cinq autres faits sont cités en résumé ; nous les rapportons textuellement au chapitre du diagnostic.

L'auteur a observé, en somme, la trichophytie de la région palmaire sous deux formes qui correspondent, suivant lui, au degré d'ancienneté de la maladie. Au début, les lésions rappellent celles de l'eczéma sudoral ou de l'herpès phlycténulaire ; plus anciennes, elles prennent l'apparence d'un vrai eczéma chronique professionnel, parfois même on trouve des amas de lamelles cornées avec des rhagades correspondant aux plis articulaires, comme dans l'eczéma chronique rhagadiforme ou dans les hyperkératoses palmaires. Nous reparlerons de ce mémoire au chapitre du diagnostic.

Dans un travail dû à MM. Arnozan et Dubreuilh (1) nous trouvons des observations intéressantes de trichophytie des mains ; nous en reproduisons quatre plus bas.

M. Mansouroff, dans l'Atlas international des maladies rares de la peau (fasc. 5, 1891), a rapporté sous le titre de « dermatomycose circonscrite de la main » deux cas que nous considérons avec nos maîtres, MM. Vidal et Darier (2) comme appartenant à la trichophytie, parce que l'auteur se base pour la différenciation sur des cultures entreprises dans des conditions imparfaites.

Nous-même avons communiqué toute une série de cas personnels de trichophytie palmaire et plantaire ; plus heureux que d'autres,

(1) *Archives cliniques* de Bordeaux, 1892, n°s 1 et 2.

(2) Discussion de la *Société française de Dermatologie* du 11 février 1892, et p. 69 du *Bulletin de la Société ; Annales de Dermatologie*, année 1892, p. 180.

nous avons pu en suivre l'évolution complète un certain nombre de fois, ce qui nous a permis d'esquisser le diagnostic différentiel de cette affection (1). C'est sur ces observations personnelles, sur d'autres encore inédites, et sur quelques-unes que nous extrayons des travaux énumérés ci-dessus, qu'est basée la présente étude. Nous remercions nos maîtres en dermatologie et syphiligraphie, MM. Fournier et Besnier qui nous ont encouragé dans ce travail et nous en ont fourni les matériaux ; notre maître M. Darier qui nous a guidé toujours avec la plus grande bienveillance, enfin notre ami M. Chaslin qui nous a aidé pour la rédaction de ce mémoire.

OBSERVATION I (personnelle). — *Trichophytie siégeant uniquement à la paume de la main* (2).

Mlle Augustine J...., âgée de 18 ans, originaire des Ardennes, couturière, est venue le 23 janvier 1892, à la consultation externe de notre maître, M. Fournier, pour se faire soigner d'une lésion qui occupe la paume de la main gauche.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien à signaler. Pas de maladies vénériennes.

Elle habitait la province et c'est vers le 15 décembre 1891 qu'elle est venue à Paris.

Elle dit n'avoir touché aucun animal, ni malade, ni sain, et attribue la cause de sa maladie à une toupie qu'elle avait fait tourner dans la paume de sa main gauche, le lendemain de Noël. D'autres personnes avaient joué avec cette toupie, mais elle n'ont rien eu (3).

Toujours est-il que, le 20 décembre 1891, elle constata au centre de la paume de sa main, qui était saine auparavant, une élevure de couleur jaunâtre de la dimension d'une petite lentille, ressemblant, dit-elle, à un durillon et qu'elle arracha.

Le 1er janvier 1892, la place où la peau était arrachée devint plus érythémateuse et de petites vésicules apparurent à son centre.

Le 3, de grosses vésicules, une quinzaine environ, tout à fait analogues, d'après la malade, à celles vues par nous le 23 janvier et que nous décrirons plus loin, apparurent et formèrent un cercle autour de la plaque.

Après une durée de deux jours, ces vésicules perdaient leurs caractères

(1) DJÉLALEDDIN-MOUKHTAR. Communications à la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie.*

Séance du 28 janvier 1892,	p. du bulletin	41	*Annales de dermatologie*	1892,	p. 152
— 10 mars	—	— 137	—	—	— 300
— 13 mai	—	— 284	—	—	— 651
— 7 juillet	—	— 397	—	—	— 855

(2) La malade a été présentée à la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie* dans sa séance du 28 janvier 1892.

(3) Depuis notre communication, la malade est revenue sur cette affirmation et nous a déclaré qu'elle avait trait les vaches dans son pays jusqu'à la veille de son départ pour Paris.

primitifs et s'unissaient entre elles, leur dessiccation amenait la formation d'un anneau d'épiderme corné, décollé et résistant. A cette période de la lésion, la zone périphérique d'inflammation se trouve réduite à 1 ou 2 millimètres de largeur, s'étale de nouveau peu à peu et elle met 2 ou 3 jours pour atteindre une largeur de 4 à 6 millimètres.

Cet élargissement de la zone érythémateuse est l'indice d'une poussée nouvelle ; en effet, de nouvelles vésicules naissent en dehors et au pourtour du cercle corné ; elles deviennent confluentes, se dessèchent et ainsi la lésion gagne sur la circonférence.

Des poussées analogues se sont produites successivement 3 ou 4 fois au dire de la malade avant le 23 janvier, époque où nous l'avons vue.

A ce moment la lésion est ovalaire, elle a une étendue de 3 centimètres sur 4 environ, l'épiderme corné est tombé dans toute son étendue et on voit à sa place une surface rouge, lisse, souple et recouverte d'un épiderme très mince ; cette plaque est entourée d'épiderme corné, décollé, formant une *collerette* de 5 à 8 millimètres de largeur.

En dehors de cette collerette cornée, existe une bordure large de 4 à 6 millimètres, érythémateuse, où la peau est un peu épaisse et de couleur rouge jaunâtre. Cette zone érythémateuse n'est pas diffuse, mais bien limitée.

C'est là que se trouvent 4 ou 5 vésicules. Ces vésicules, profondément situées sous l'épiderme corné, ont la grosseur d'un grain de millet, et même plus ; elles sont peu saillantes et peu brillantes ; en les ponctionnant on fait sortir un liquide clair citrin.

Le 25 janvier. Depuis deux jours, de très fines vésicules, une trentaine environ, se sont formées à l'intérieur de la plaque, elles contiennent un liquide clair (1).

Le 26. Les grosses vésicules de la bordure se sont desséchées, et ont laissé à leur place des macules.

Le 27. Les fines vésicules de l'aire de la lésion ont avorté et se sont desséchées ; à leur place restent de petites élevures ayant des croûtelles à leur sommet. Tout le centre de la plaque tend à desquamer.

D'autre part, les vésicules de la bordure ne sont plus marquées que par des macules très peu visibles. La zone érythémateuse est presque complètement effacée depuis la veille.

En somme, si l'on voyait maintenant la lésion, on croirait : soit à une bulle de pemphigus géant crevée et desséchée, soit à une phlyctène de brûlure dans le même état.

On voit aujourd'hui, 28 janvier, quatre grosses vésicules sur la zone érythémateuse qui, elle-même, s'est élargie depuis hier et a pris une coloration plus foncée. C'est le début d'un nouvel accroissement de la lésion.

Sur toute son étendue, la plaque est ridée et desquame fortement. Il y a un peu de prurit le soir, depuis 8 jours ; il n'en existait pas au début.

Dès le premier jour de notre observation, nous avons fait l'examen microscopique de parcelles de la bordure et nous y avons trouvé des fila-

(1) C'est à cette date que la main de notre malade fut moulée par M. Baretta. (N° 1650 de la collection générale du Musée). Le moulage n'a pu toutefois reproduire toute la largeur et l'épaisseur réelle de la collerette épidermique.

ments de trichophyton en énorme quantité. M. Darier, qui a bien voulu répéter cet examen a été frappé de cette abondance des parasites, et a confirmé qu'ils présentent tous les caractères du trichophyton.

1er février. Les vésicules qui étaient apparues au nombre de quatre le 28 janvier ont disparu. La pommade d'oxyde de zinc que nous avions donnée à la malade a rendu la plaque moins squameuse et moins rouge.

Le 7. La lésion a l'aspect décrit le 27 janvier ; seulement le centre de la plaque prend la couleur normale, ses plis s'effacent. Quant on arrache la bordure épidermique on voit au-dessous de fines poussières qui contiennent énormément de filaments mycéliens de trichophytose.

Après avoir encore une fois assisté à l'éclosion des vésicules à la périphérie nous avons, après avoir arraché le plus possible l'épiderme de la bordure, commencé les badigeonnages de teinture d'iode qui ont été répétés à deux reprises à huit jours d'intervalle.

Le 15 mars, nous avons revu la malade, elle était guérie.

Observation II (personnelle). — *Trichophytie de la paume de la main.*

Louise L..., âgée de 11 ans, présente à la paume de la main gauche, près des doigts, plusieurs éléments à contenu purulent dont l'un est très gros, c'est un soulèvement épidermique d'un centimètre de largeur. Les autres au nombre de 4 ou 5 sont plus petits : ce sont des vésicules de différentes grandeurs variant du volume d'un grain de millet à la grosseur d'une lentille.

Tous ces éléments avaient apparu successivement et sans douleurs.

La petite malade ne nous ayant pas permis d'enlever la plus petite parcelle d'épiderme, nous n'avons pu faire l'examen microscopique à ce moment. Mais le 20 mai, les vésicules s'étaient réunies, crevées, et formaient une plaque à contour polycyclique de la grandeur d'une pièce de deux francs, elle est bordée par l'épiderme corné décollé à l'extrémité supérieure ; par sa partie inférieure elle tombe aux 2e et 3e espaces interdigitaux et elle s'accuse à ces endroits par une rougeur diffuse et une desquamation.

L'examen microscopique nous montra des filaments mycéliens de trichophyton, en grande quantité ; très peu de prurit à la périphérie.

Le 29 mai des vésicules avaient apparu et disparu à la périphérie de la lésion depuis le 20 mai ; la plaque est un peu plus grande. On voit encore deux vésicules en voie d'effacement.

Après avoir arraché le plus possible l'épiderme de la bordure et sans faire attention au mécontentement de la petite malade, nous faisons un fort badigeonnage à la teinture d'iode.

Nous revoyons la malade une semaine après, dans l'intervalle, les parents avaient fait selon notre conseil un second badigeonnage avec la teinture d'iode, aucune vésicule n'avait apparu.

La semaine suivante, aucune éruption ne s'étant faite, nous avons déclaré la malade guérie.

Observation III (personnelle). — *Trichophytie de la paume de la main.*

Jeune fille admise dans la salle Alibert, service de M. Besnier.

On voyait sur la paume d'une des mains, vers la région du 2e espace interdigital une quinzaine de grosses vésicules agglomérées variant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une lentille dont le contenu était clair.

Pas de démangeaison ni de douleurs avant et pendant l'évolution de la maladie qui datait d'une dizaine de jours.

Observation IV (personnelle). — *Trichophytie de la paume de la main.*

Charles P..., âgé de 37 ans, cordonnier, a deux lésions à la main droite. L'une des lésions est grande comme une pièce de 2 francs et se trouve tout près du bord interne de la main, elle commence à franchir ce bord. L'autre lésion est plus petite, comme une pièce de 50 centimes, et aurait débuté depuis une semaine, tandis que la grande lésion aurait débuté il y a 3 semaines. La première chose remarquée par le malade fut un bouton qui ressemblait à un petit durillon qui contenait de l'eau.

Le malade ne sait pas s'il s'est produit des vésicules à la périphérie de la petite lésion, mais dit que c'est par l'apparition de petits boutons que la grande plaque s'est élargie.

Voici l'état des lésions au moment de notre examen :

La grande plaque qui avait débuté par la paume, la déborde aujourd'hui de 1 centim. environ, à cet endroit la bordure épidermique n'est pas aussi large ni aussi complète qu'à la paume de la main. A la paume de la main, les deux plaques sont entourées par une bordure épidermique épaisse qui manque par place. L'aire des lésions est d'un rouge foncé.

Pas de prurit, pas de démangeaisons.

Observation V (personnelle). — *Trichophytie de la paume de la main.*

Jeune fille de 10 ans. A la paume de sa main droite il y a une lésion composée d'une douzaine d'éléments de toutes dimensions, depuis la dimension d'un grain de millet jusqu'à la largeur d'une pièce de 50 cent. ; les uns sont de petites plaques, d'autres des vésicules, le liquide contenu dans les petites vésicules est clair ; par contre celui des grandes est louche et purulent.

Le début remonte à environ 15 jours par l'apparition d'un petit bouton dans l'espace compris entre l'index et l'annulaire.

L'épiderme de la vésicule placée près de l'espace interdigital était tombé, et laissait à nu le derme recouvert d'un vernis épidermique, le tout entouré d'une fine collerette.

La vésicule la plus éloignée de cette première avait été arrachée et est devenue douloureuse par suite. Ce sont là les seules troubles de sensibilité accusés par la malade ; elle est bien affirmative sur ce point que l'éruption n'a pas été précédée de démangeaisons, etc.

Observation VI (personnelle). — *Trichophytie du dos et de la paume de la main.*

Dem..., âgée de 27 ans, sommelier, vient à la consultation externe pour

une lésion de la main gauche. Il dit être sujet aux crevasses, dues à son métier.

Il présente sur le dos de la main gauche une lésion de la grosseur d'une pièce de cinq francs s'étendant du milieu de cette face jusque la face palmaire en passant par les 3e et 4e espaces interdigitaux.

Sur la face dorsale, la lésion a l'aspect d'une folliculite ; le derme est infiltré et le pus sort par les follicules à la moindre pression. Le contour de la lésion présente un bourrelet livide.

Sur la face palmaire, la lésion est moins étendue, polycyclique, entourée presque complètement d'une large bordure d'épiderme soulevé.

L'aire de la lésion est privée de la couche et présente un aspect rosé.

Les 3e et 4e espaces interdigitaux sont légèrement humides.

La lésion a commencé par la face dorsale et a eu pour point de départ une gerçure sur la 4e articulation métacarpo-phalangienne.

A la face dorsale de la main le malade ressent quelques picotements et rien à la paume de la main.

Observation VII (personnelle). — *Trichophytie de la paume et du dos de la main.*

Homme de 19 ans, fumiste. Il présente sur le dos de la main gauche deux plaques contiguës dont la plus grande est à la partie supérieure du 2e espace interdigital et l'autre touche au troisième, le contour en est polycyclique, squameux, sec. La lésion envahit la paume de la main par l'intermédiaire du 2e espace interdigital. A ce niveau on voit une petite plaque entourée d'une large collerette épidermique ; pas de prurit à cet endroit, démangeaisons sur le dos de la main.

Observation VIII (personnelle). — *Trichophytie du dos et de la paume de la main.*

Mme De..., âgée de 30 ans, est venue à la consultation le 2 avril 1892, elle avait alors, sur le dos de la main droite, une lésion de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Il est à remarquer que cette dame est sujette aux crevasses et qu'elle prétend que c'est par une crevasse que la lésion actuelle a débuté. Son mari est cocher et elle aide son mari à soigner leurs deux chevaux ; mais elle prétend que ces chevaux ne sont pas malades.

La lésion est squameuse et enflammée et son pourtour forme un bourrelet œdémateux.

Il y a des démangeaisons périphériques à la tombée de la nuit chaque fois que la lésion va s'accroître.

Nous la revoyons le 16 avril, la maladie a envahit les deux derniers espaces interdigitaux et déborde sur la paume de 1 centimètre : là elle est entourée d'une large bordure d'épiderme épaisse et décollée.

Observation IX (personnelle). — *Trichophytie du dos et de la paume de la main.*

Mme Th..., 29 ans, paysanne ; possède des vaches qui avaient des boutons.

A la main gauche lésion qui a débuté il y a deux mois par « un rond où la peau était comme brûlée », sur le dos de l'annulaire. La peau y était soulevée au début puis fut entourée de petites vésicules.

Aujourd'hui (deux mois après le début), la lésion du doigt a envahi le dos de la main et le médius et aussi la paume de la main, en franchissant le 3e espace interdigital.

Aujourd'hui la lésion du dos de la main est plus grosse qu'une pièce de cinq francs, et présente quelques petites pustules vers son centre. A la paume, la lésion est plus petite, de la grandeur d'une pièce de deux francs, rougeâtre; l'épiderme est décollé au pourtour.

Démangeaisons au centre et à la périphérie, au dos de la main, jour et nuit.

Observation X (personnelle). — *Trichophytie du dos et de la paume de la main.*

Gaston P..., âgé de 13 ans, palefrenier, vient le 23 juillet 1892 à la consultation externe de l'hôpital St-Louis.

La lésion aurait débuté depuis 15 jours par le dos de la main gauche et aurait envahi la paume de la main en passant par le 3e espace interdigital.

Au moment de l'examen, la lésion du dos est sans caractère, elle est squameuse, rouge foncé, ses bords s'arrêtent net. Elle est large comme une pièce de 2 francs. A la paume, elle est petite comme une pièce de 50 centimes, entourée d'une bordure épidermique qui est arrachée par place. Démangeaisons prononcées à la périphérie, peu sur les plaques.

Soigne des chevaux « qui ont des espèces de démangeaisons et qu guérissent par une pommade qui contient du soufre et de l'essence de térébenthine ».

Observation XI (personnelle). — *Trichophytie du dos et du bord interne de la main droite.*

Le nommé C..., 30 ans, emballeur, entre dans le service de M. Du Castel le 4 février 1892, pour une lésion de la main droite.

Il y a un mois il remarqua sur le dos de sa main une dizaine de boutons très petits et rouges, brillants, formant un groupe de 1 à 1 centim. 1/2 qui se réunirent ensemble. D'autres boutons apparurent à plusieurs reprises à la périphérie, élargissant ainsi la plaque primitive.

Le nombre de ces boutons augmentait selon les poussées. Les éléments appelés boutons par le malade ne sont que des vésicules.

C'est depuis le 28 janvier que la maladie aurait envahi le bord interne de la main, aujourd'hui la lésion est large de 5 centim., déborde de 1 à 2 centim. sur le bord; à cet endroit la plaque est circonscrite par une large bordure d'épiderme très épaisse. A 6 ou 8 millimètres en dehors de cette bordure se trouvent de grosses vésicules, une douzaine environ, peu élevées, enfouies pour ainsi dire dans la peau et très dures au toucher.

Le malade avait déjà mis des cataplasmes qu'il avait lui-même préparés sans aucun soin de propreté, ainsi que de l'emplâtre de Vigo qui ont fait

suppurer la plaque, laquelle au premier abord a l'aspect d'une folliculite agminée.

Le centre de la plaque est douloureux. Prurit à la périphérie principalement le soir.

Observation XII (observation de MM. X. Arnozan et W. Dubreuilh). — *Trichophytie des faces dorsale et palmaire de la main.*

R... (Hélène), cuisinière, a remarqué, vers le mois d'octobre, une plaque ronde, rouge et prurigineuse sur la face dorsale de la première phalange de l'index. Depuis lors, cette plaque a toujours grandi, envahissant la face dorsale de l'index et de la main et, par les deux premiers espaces interdigitaux, gagnant la face palmaire.

Le 20 janvier, la lésion couvre les régions suivantes : sur la face dorsale, la région de la tête des deuxième et troisième métacarpiens et le voisinage du premier espace interdigital, la première phalange du médius et la face dorsale de l'index jusqu'à six ou sept millimètres de l'ongle ; elle occupe également les faces latérales et palmaires des deux premières phalanges de l'index et la face radiale de la première phalange du médius ; sur la face palmaire, elle intéresse toute la région correspondant aux parties malades de la face dorsale, c'est-à-dire l'index, la partie de la paume correspondant aux phalanges des trois premiers doigts et des trois premiers espaces interdigitaux.

Sur la face dorsale, la plaque est d'un rouge pâle un peu violacé, couverte d'un épiderme aminci, sec, fissuré aux plis de flexion, formant des squames peu abondantes, larges, sèches, minces et adhérentes. Dans une grande partie de son étendue, les limites de la plaque ne sont marquées que par le passage brusque de l'état que nous venons de décrire à l'état normal ; mais en quelques points, comme sur la face dorsale des doigts, le contour est accusé par une saillie rouge, franchement squameuse, avec quelques croûtelles et quelques rares vésicules, très petites et profondes. A ce niveau seulement, les lésions présentent quelque analogie avec celles de l'herpès circiné ordinaire.

Sur les faces latérales des doigts, sur la face palmaire des doigts et de la main, la lésion n'est accusée que par une très légère rougeur et par l'amincissement de l'épiderme, qui est sec, fissuré aux plis de flexion, paraissant un peu farineux, mais sans desquamation active. La partie malade est limitée très nettement par l'épiderme normal, plus épais, qui est incisé brusquement à ce niveau ; mais on n'en distingue ni saillie, ni rougeur plus marquée. Démangeaison nocturne assez vive.

L'examen microscopique des squames recueillies sur la plaque malade et à son pourtour montre des filaments mycéliens et des chapelets de spores assez abondants en certains points, mais généralement rares, comme ils le sont toujours dans la trichophytie cutanée.

Des applications énergiques de teinture d'iode ont arrêté la maladie, qui a guéri complètement en quelques semaines sans avoir atteint les ongles.

La malade a été présentée à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, dans sa séance du 20 janvier 1891.

Observation XIII (observation de MM. X. Arnozan et W. Dubreuillh). — *Trichophytie palmaire et unguéale. Trichophytie disséminée du cuir chevelu.*

J... (Clarisse), tailleuse, trente-cinq ans, se présente à la policlinique, le 26 mai 1891, pour des lésions de la face palmaire des deux mains.

Elle a eu pendant toute son enfance des croûtes dans le cuir chevelu et, depuis qu'elle en est guérie, elle a toujours eu des pellicules. Elle n'est pas en rapport avec des enfants atteints d'affections du cuir chevelu.

Depuis son enfance, elle perd tous les ans les ongles de l'annulaire et de l'auriculaire des deux mains. Il se produit des démangeaisons, l'ongle se déchausse, puis il survient un ongle nouveau. L'ongle de l'index droit est aussi plusieurs fois tombé de la même manière.

Les lésions actuelles ont débuté depuis un mois par une plaque squameuse et prurigineuse sur la face palmaire du médius gauche et, quelques jours après, par une plaque analogue sur la paume de la main gauche.

Actuellement, on trouve, sur la moitié interne de la paume de la main gauche et intéressant le bord cubital, une plaque arrondie de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent, nettement limitée par l'incisure de l'épiderme normal, qui s'arrête brusquement à ce niveau. La surface de cette plaque est rougeâtre à la périphérie, pâle au centre, recouverte par un épiderme très mince, finement écailleux ; les plis de flexion y sont exagérés. La face palmaire et les bords des deux premières phalanges du médius gauche sont rougeâtres et en desquamation pityriasique.

La face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit présente une plaque rouge et squameuse, qui s'étend sur les bords latéraux et même un peu sur la face dorsale.

Sur le cuir chevelu, on trouve de petites plaques squameuses lenticulaires, disséminées çà et là. En soulevant les petites squames adhérentes, on trouve parfois au-dessous d'elles un petit point noir qui, examiné à la loupe, paraît être un cheveu recouvert d'une mince lame épidermique, transparente. On peut, en effet, avec la pince, extraire un cheveu très fin et enroulé sur lui-même et d'environ un millimètre de long.

L'examen microscopique montre ce tronçon de cheveu complètement infiltré de spores. On ne trouve pas de filaments parasitaires dans les squames.

L'examen microscopique des squames de la face palmaire de la main montre en abondance modérée des chapelets de spores ramifiées et des filaments mycéliens plus minces, peu ramifiés, très longs et traversant quelquefois tout le champ au microscope.

Nous revoyons J... (Clarisse) le 6 janvier 1892. On remarque que sur la plus grande partie de la paume de la main droite et sur la face palmaire de l'index du même côté l'épiderme est un peu épaissi, il est dur, sec, il n'y a pas de desquamation, si ce n'est au niveau des plis de flexion, où l'on remarque une fine desquamation farineuse. Cette altération est si peu apparente qu'elle eût certainement passé inaperçue si mon attention n'avait pas été constamment en éveil sur les faits de cette nature et j'étais disposé, avec la malade elle-même, à l'attribuer au contact fréquent du fer à repasser. Cependant, en raclant énergiquement avec une

curette tranchante le voisinage des plis de flexion, j'arrachai, non sans peine, quelques débris épidermiques pour en faire l'examen microscopique. L'examen dans la potasse à 40 0/0 y fit trouver un mycélium parasitaire abondant ; il y en a dans presque toute la préparation et en certains points en quantité assez notable. Ce sont des filaments minces, peu cloisonnés, mais rameux et assez tortueux.

L'ongle de l'index droit est devenu malade depuis quelques mois ; il n'est pas tombé complètement, mais il s'est fait un sillon d'élimination net et peu profond, qui est actuellement à deux millimètres de l'extrémité. Le bord libre (ongle ancien) présente un léger épaississement de sa face inférieure et quelques fines stries blanches à son extrémité, sans autre déformation. La partie postérieure de l'ongle est légèrement inégale et striée en long et en travers. Immédiatement en arrière du sillon, sur chacun des deux bords latéraux de l'ongle, se trouve une petite surface de deux millimètres environ, inégale et écailleuse. A ce niveau, le bord latéral est épaissi ; il présente à sa face inférieure une couche épaisse, en moelle de jonc, et quelques stries blanches longitudinales très fines. Quelques fragments d'ongle sont recueillis en ces points. L'examen microscopique y montre du parasite en extrême abondance, formant des amas enchevêtrés, très denses. Ce sont de longs filaments minces et non cloisonnés, des filaments cloisonnés plus gros, tortueux, ramifiés ; enfin des chaînes de spores volumineuses et inégales. Ces chapelets sont très rameux et tortueux, ils sont surtout nombreux dans les points où le parasite forme un feutrage plus serré. On est frappé par la teinte jaunâtre très manifeste qu'ils présentent dans les préparations à la potasse.

Observation XIV (observation de MM. X. Arnozan et W. Dubreuilh). — *Trichophytie unguéale ayant probablement succédé à la trichophytie dorsale et palmaire de la main et des doigts.*

N... (Jeanne), âgée de 46 ans, se présente à la policlinique, le 19 novembre 1889, pour des lésions de la main gauche qui ont débuté depuis deux mois, par le troisième espace interdigital, à la suite d'un bain sulfureux et qui, depuis, se sont étendues aux faces palmaire et dorsale de la main et des doigts. Elle habite un orphelinat où elle est en contact fréquent soit avec des enfants, soit avec des animaux : poules et vaches.

A la paume de la main, on trouve une desquamation irrégulière, xérodermique, qui occupe la partie antéro-externe de la main et la base des doigts ; de là, les lésions s'étendent sur les faces latérale et dorsale de tous les doigts moins le pouce. La peau est un peu rouge, desquame modérément et présente quelques vésicules écorchées. Sur la moitié interne de la face dorsale de la main, on trouve une grande plaque de cinq centimètres de diamètre qui s'étend jusqu'aux limites de la face palmaire. Elle est nettement circonscrite par un contour circulaire croûteux ; sa surface est rouge, avec un épiderme mince et squameux. A la périphérie, on trouve quelques fines croûtelles, qui sont remplacées, vers le centre, par de petits cônes cornés, qui paraissent plutôt en rapport avec les glandes sudoripares qu'avec les poils.

On diagnostique un eczéma et l'on fait des applications de glycérolé

cadique. Sous l'influence de ce traitement, les lésions de la face dorsale de la main et des doigts guérissent lentement, mais s'étendent sur la face palmaire qui, en janvier 1890, est envahie presque en totalité et présente l'apparence d'un eczéma sec et squameux.

Le 18 août 1890, la malade se présente à la consultation de la Faculté pour des lésions des ongles.

Les ongles des quatre derniers doigts gauches présentent des dépressions tout à fait comparables à celles que l'on décrit dans l'eczéma des ongles. Ceux de l'index, du médius et du petit doigt ne présentent pas d'autre lésion; mais celui de l'annulaire a perdu complètement son bord libre; il ne recouvre même plus entièrement le lit unguéal et se termine par un rebord épais et comme tronqué; il est un peu décollé et présente sur son bord interne une couleur jaunâtre. On ne constate à sa surface ni effritement, ni cassure, mais simplement une légère striation longitudinale à l'extrémité antérieure.

Dans la région palmaire des doigts et de la main gauche, l'épiderme desquame en larges lamelles.

Des fragments de l'ongle de l'annulaire, détachés à l'aide d'un bistouri et traités par la potasse à 40 0/0, paraissent envahis par des tubes de trichophyton. Une seule lamelle épidermique de la paume de la main a subi le même examen : le parasite n'y a pas été rencontré.

Le 7 septembre 1890, l'état des lésions est sensiblement le même. L'ongle de l'annulaire gauche est toujours piqueté de petites cavités un peu squameuses d'un demi-millimètre de diamètre; toujours un peu décollé à sa partie terminale, où il est aplati et légèrement excavé en selle ; de forme normale, mais de surface un peu écailleuse à sa partie moyenne; tout à fait sain au niveau de la lunule. A l'extrémité libre, sous la lame unguéale proprement dite, on aperçoit un amas de substance friable qui sépare celui-ci du lit de l'ongle et qui présente une épaisseur d'un millimètre environ.

L'examen microscopique fait à nouveau, montre, dans de la substance unguéale compacte, des filaments mycéliens très nets, quoique peu nombreux, groupés dans un point de la préparation.

Le 6 janvier 1892, la malade est revue. On n'aperçoit ni desquamation, ni rougeur sur les deux faces de la main. L'ongle de l'annulaire gauche paraît tout à fait normal comme dimension, couleur et consistance. Les lésions cutanées ont disparu les premières depuis longtemps, après l'emploi du sublimé et de l'iode. Quant à la guérison de l'ongle, on peut dire qu'elle a été spontanée, les divers topiques appliqués par la malade, au hasard des conseils extra-scientifiques qu'elle recevait, n'ayant en réalité aucune importance.

Observation XV (observation de M. Mansouroff). — *Lésion parasitaire du pouce gauche.*

Mlle B..., âgée de 18 ans, aperçut, au mois de septembre 1888, des papules blanches et sèches dans le voisinage de l'ongle du pouce gauche, ces papules devinrent humides pendant quelques jours seulement, la démangeaison y apparut aussi, et après un mois l'affection cutanée se

propagea sur tout le doigt, présentant une figure ovoïde avec un mode serpigineux.

Le 9 novembre 1888. La peau du pouce gauche du côté extenseur est rouge et luisante et couverte de petites lamelles sèches; les bords sont élevés, circonscrits et composés de fortes lamelles épidermiques. La malade n'y éprouve aucune douleur, sauf une petite démangeaison.

Le traitement consistait dans l'usage du savon de potasse pour laver les doigts chaque jour et d'une pommade avec du précipité rouge (2 0/0) dont la malade frictionnait son doigt matin et soir.

La rougeur du doigt et la desquamation diminuèrent bientôt ; l'épiderme hypertrophié fut remplacé par une couche normale.

L'examen microscopique de ces squames, montra que les squames de l'épiderme renfermaient une énorme quantité de filaments du mycélium d'un fongus qui avaient leur siège entre les couches de l'épiderme.

Observation XVI (personnelle) (1). — *Trichophytie de la plante du pied datant de 6 ans et simulant la syphilis.*

Eugénie N..., femme Cast..., âgée de 46 ans, mécanicienne, de constitution bonne, de tempéramment nerveux. Les antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien qui mérite d'être rapporté. Elle n'aurait pas eu la syphilis. Elle a eu des pertes blanches.

La maladie aurait débuté il y a six ans, par l'apparition d'un bouton sur la face dorsale du gros orteil gauche, et la lésion aurait évolué quatre années avant d'envahir la plante du pied. Elle a atteint successivement tous les orteils ; les espaces interdigitaux et les faces latérales et plantaires des orteils, quoique l'envahissement soit allé jusqu'aux racines des ongles, ceux-ci sont resté indemnes.

Après avoir consulté en ville plusieurs médecins, qui lui auraient donné de l'iodure de potassium, elle entre dans un service de l'hôpital St-Louis le 21 novembre 1890 ; elle y aurait été soumise dès la première semaine au traitement antisyphilitique consistant dans l'administration de 2 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur, un bain tous les deux jours, repos au lit et application d'emplâtre de Vigo sur la lésion, qui n'existait plus qu'au niveau de l'arcade plantaire. Pendant son séjour, elle aurait eu une éruption prurigineuse de peu de durée, sur les mains et la figure.

Elle quitte, le 23 décembre, l'hôpital très améliorée, mais non guérie. Elle continue à prendre régulièrement deux grammes d'iodure de potassium par jour pendant six mois, puis l'iodure cesse d'être toléré. La malade, ayant remarqué que le repos seul amenait de l'amélioration, tandis que chaque fois qu'elle marchait ou travaillait à la machine à coudre, sa maladie s'aggravait, n'a plus voulu reprendre d'iodure.

La malade rentre le 5 mars 1892 dans le service de M. Besnier, et occupe le lit n° 37 de la salle Alibert.

A ce moment, elle présente seulement sur la partie antérieure de la plante du pied gauche, une série de plaques entourées d'un soulèvement épidermique ; la plus grande des plaques est située sur le talon antérieur,

(1) La malade a été présentée à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie dans sa séance du 10 mars 1892.

c'est-à-dire sur la peau qui recouvre l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ; elle a donc une forme bilobée et un contour largement polycyclique ; le grand lobe mesure 4 centimètres de long sur 2 centimètres de large. Cette plaque résulte manifestement de la confluence de 3 plaques principales encore séparées par des étranglements très étroits. Sur la partie antéro-externe de la plante se voient quatre plaques de moyenne grandeur, ayant chacune environ un centimètre de diamètre, irrégulièrement arrondies ou ovalaires.

La surface de quelques-unes de ces plaques est recouverte de larges lamelles épidermiques qui s'enlèvent assez facilement. Le derme est souple et n'est pas infiltré.

Vers le sillon qui sépare la plante du pied du gros orteil on trouve, loin des grandes plaques, des éléments tout petits qui ont pu passer inaperçus dans des cas analogues, ils ont pourtant une grande importance puisqu'ils représentent, à ce que nous pensons, la lésion à son début, ils sont même plus précieux pour le diagnostic que les éléments plus avancés.

L'examen microscopique montre aussi bien dans les squames du centre de la lésion que dans des fragments de la collerette surtout à sa face profonde, des filaments très nombreux de mycélium et des spores en groupes, ayant tous les caractères du trichophyton.

Dans le cas actuel, se trouvent réunis des éléments présentant des aspects divers, qui donnent à la lésion un aspect clinique assez particulier, pour qu'on ne puisse pas la confondre avec d'autres lésions de ces régions, notamment avec des syphilides (1).

Dans les examens ultérieurs nous avons trouvé de moins en moins de trichophyton, à partir du 15 juillet nous n'avons plus réussi à en constater la présence que dans un espace interdigital et dès le 1er août il avait disparu partout.

Les traitements les plus variés ont été appliqués, ce cas s'étant montré des plus rebelles. Nous n'oserions affirmer aujourd'hui que la guérison est complète.

Observation XVII (personnelle). — *Trichophytie débutant par la plante du pied et envahissant ensuite le dos du pied.*

Léon X..., âgé de 20 ans, ferblantier de son métier, est venu à la consultation externe de M. le professeur Fournier, le 8 août 1890, pour se faire soigner d'une blennorrhagie qui durait depuis trois mois.

De plus, il nous a dit avoir remarqué, six jours auparavant, à la plante de son pied gauche, quelques boutons qui ne le faisaient pas souffrir.

A l'examen, nous trouvons sur la plante du pied et tout près des orteils, plusieurs soulèvements épidermiques ; ce sont des vésicules de la grossenr de petites lentilles, pas trop distendues, de couleur jaunâtre, peu ou pas entourées d'une zone érythémateuse, et contenant un liquide clair.

(1) Ces états divers ont été reproduits sur moulage par M. Baretta avec son talent habituel (Collection générale du Musée, n° 1657).

Les caractères de ces éléments à leur début, faisaient pencher vers le diagnostic de dysidrose, quoique cette maladie soit généralement bilatérale.

Mais à côté de ces nombreux éléments d'apparence dysidrosique, il s'en trouvait un, dont l'aspect un peu spécial attira l'attention et nous conduisit à pratiquer un examen microscopique.

Cet élément avait les caractères suivants : le soulèvement épidermique étant rompu au centre, laissait apercevoir une petite surface d'un rouge violacé entourée d'épiderme corné, décollé et sec. En dehors de cette bordure cornée, existait un cercle érythémateux rouge jaunâtre. Ce cercle était bien limité.

Au bout de quelques jours, d'autres soulèvements épidermiques se rompirent, commencèrent à s'agrandir progressivement en s'unissant les uns aux autres et envahirent les espaces interdigitaux des orteils, puis la face dorsale des orteils.

Dans la suite, on put voir en certains points de la plante du pied, que l'envahissement se faisait par la destruction des grosses vésicules qui se formaient au fur et à mesure autour des plaques primitives.

Depuis lors, la lésion, n'ayant pas été traitée, envahit peu à peu ; vingt jours après elle présentait l'aspect qu'on voit sur cette photographie.

A ce moment, elle occupe une étendue de 1 à 3 centim. du dos du pied près des orteils, elle est limitée par un contour polycyclique à large rayon ; elle occupe tous les espaces interdigitaux et les faces latérales des orteils ; dans tous ces endroits la peau est rouge et furfuracée.

Sur la plante du pied on trouve une région malade, de même étendue à peu près que sur le dos du pied. Cette lésion empiétant donc, d'une part sur la face palmaire du pied et des orteils et d'autre part sur leur face dorsale, on pouvait remarquer que sur ces deux faces l'aspect de la bordure n'était pas la même. Sur la face palmaire, l'épiderme corné plus épais formait une lame homogène et résistante ; sur la face dorsale au contraire, étant moins épais, il se fragmentait en fines lamelles furfuracées, comme celle qu'on est accoutumé à trouver autour des plaques de trichophytie cutanée.

Le prurit, assez marqué sur le dos du pied, est nul à la plante, au dire du malade.

Dès le premier jour, l'examen histologique de parcelles cornées, prises en plusieurs points du bord de la lésion, nous a permis d'y reconnaître, à l'aide de la potasse, des filaments mycéliens du trichophyton tonsurans, bien caractéristiques et que notre maître et ami, M. le Dr Darier, n'a pas hésité à reconnaître comme tels. Au moment où fut faite la photographie (26 août 1890) nous avons pu retrouver sans difficulté les mêmes parasites en assez grande abondance.

Il s'agissait donc bien de trichophytie cutanée, débutant par la face plantaire et envahissant la face dorsale du pied et des orteils, et marchant plus vite dans cette dernière région.

Quant à l'étiologie, nous n'avons pu recueillir aucun renseignement certain. Notre malade avait monté pieds nus sur des chevaux

appartenant à un ami, mais nous n'avons pu savoir s'ils étaient malades.

Nous ferons remarquer en outre que cet homme, qui mettait indifféremment ses chaussettes à l'un ou à l'autre pied, ne s'est pas contagionné le pied droit de cette façon ; d'ailleurs le trichophyton ne serait peut-être pas toujours facilement inoculable ; il lui faut probablement des conditions spéciales; notre éminent maître, M. Malassez, nous a dit n'avoir pas réussi à s'inoculer du trichophyton de diverses provenances (herpès circiné, sycosis parasitaire) ; et moi-même je n'y suis pas arrivé davantage.

Le malade s'est soustrait à une observation plus prolongée ; ce qui nous empêche de donner des détails sur la marche ultérieure de l'affection.

Observation XVIII (observ. de M. Mansouroff.) — *Lésion parasitaire de la plante du pied.*

M. Mansouroff a eu l'occasion de voir un *cas de mycose semblable à celui de l'Obs. XV, de la plante* du pied, chez une femme âgée d'une trentaine d'années ; elle venait de l'intérieur de la Russie (de Kachira) pour quelques jours seulement et son observation a donc été incomplète.

On voyait sur la plante du pied droit une tache rouge, sèche, squameuse, de la grandeur d'un franc. Les squames étaient assez fortes et fragiles.

L'examen microscopique montra la présence des filaments de mycélium en énorme quantité, et des gonidies tout à fait semblables à celles du trichophyton.

Cependant, ajoute M. Mansouroff, le nom de *trichophytie*, dans ce cas, de même dans le cas décrit par Campana, ne convient guère à ces affections, vu que la trichophytie affecte le cuir chevelu proprement dit. Quant à la combinaison de cette affection avec celle du cuir chevelu, il faut le dire, elle n'a lieu que fort rarement.

Observation XIX. (Personnelle). — *Trichophytie de la plante du pied.*

Un homme, âgé de 20 ans, est porteur à la plante du pied droit, à l'union du talon avec la voûte plantaire d'une série de vésicules rangées sur une ligne oblique d'arrière en avant, du bord externe au bord interne. La série est composée d'une dizaine de vésicules plus ou moins grosses, contenant un liquide louche.

L'épiderme d'une des grosses vésicules étant tombé en partie, laissait voir le derme violacé, entouré d'une collerette épidermique.

A la face interne du pied, il y a 3 vésicules.

Le malade n'a jamais ressenti de douleurs ni de démangeaisons ; il ne peut pas préciser le début qui, vraisemblablement, remontait à peu de temps.

Il n'est plus revenu à la consultation.

Observation XX (personnelle). — *Trichophytie des pieds* (1).

La malade (Caroline P...) que je vous présente, âgée de 26 ans, couchée depuis une semaine au n° 21 de la salle Henri-IV, service de M. le professeur Fournier, exerce le métier de piqueuse à la machine et travaille par conséquent avec ses pieds. Elle est entrée à l'hôpital pour une éruption des pieds.

Au moment de son entrée, on voit sur le pied gauche plusieurs lésions siégeant en partie sur la face interne et en partie sur la face plantaire à sa partie moyenne. Ce qui frappe le plus, ce sont deux surfaces rouges saignantes, ce sont des excoriations assez profondes, presque des plaies.

A côté de ses lésions se trouvent des soulèvements bulleux; on en voit deux de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, elles contiennent un liquide purulent; en outre, à quelques centimètres de ces derniers éléments, il y a quelques petites vésicules à contenu clair.

La malade raconte qu'elle a constaté, il y a trois semaines une « cloque » puis une autre du volume d'un petit pois, à la face interne de son pied gauche, ces bulles n'avaient pas été précédées de démangeaisons. Mais pendant les quatre ou cinq premiers jours, il s'est produit un certain prurit à la périphérie de la lésion; à ce moment, en retirant son bas elle arracha l'épiderme qui s'y était collé et le derme mis à nu devint le siège de picotements qui ne l'ont pas quittée depuis. D'autres vésicules ont apparu depuis douze jours ; plusieurs au voisinage de ces premières bulles, une autre vers la malléole interne.

Au pied droit, deux vésicules existent depuis cinq jours, l'une vers la malléole interne, l'autre au bord externe du pied.

Telle était l'apparence des parties malades au moment de l'entrée.

Aujourd'hui, 7 juillet, les deux excoriations, grâce aux pansements faits dans le service, ont pris meilleur aspect.

De petites vésicules, au nombre d'une demi-douzaine, ont apparu depuis hier soir à la périphérie d'une grande bulle, d'autres éloignées de 3 à 4 centim. de la lésion (2).

L'examen microscopique ayant été fait sur le conseil de notre éminent maître, M. le professeur Fournier, nous avons trouvé des filaments mycéliens de trichophyton.

Je ferai remarquer que les filaments sont beaucoup plus abondants dans les vésicules les plus jeunes que dans les lésions avancées, et que l'on devra choisir de préférence les premières pour l'étude microscopique.

Des examens faits sur cette même malade par notre maître et ami M. Darier, ont confirmé ce fait.

(1) La malade a été présentée à la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie* dans sa séance du 7 juillet 1892.

(2) Voir moulage n° 1687 de la Collection générale du Musée de l'hôpital St-Louis.

Le seul fait de l'*abondance extrême* des parasites dans les vésicules pour ainsi dire naissantes, non ouvertes, par conséquent non souillées, nous conduit à admettre que nous sommes en présence du *véritable agent pathogène* et non d'une moisissure quelconque.

Le 12 juillet. A côté des vésicules éloignées des plaques principales, il se forme une série de vésicules clairsemées d'abord puis rapprochées (18 juillet) qui affecte la forme d'une demi-circonférence, on en compte une quinzaine, à contenu tout à fait clair. Nous nous sommes servis de plusieurs de ces vésicules au fur et à mesure qu'elles apparaissaient pour faire des cultures.

Il faut toujours, pour le dire en passant, prendre des vésicules jeunes et intactes pour pouvoir obtenir des cultures. Après avoir lavé la surface des vésicules avec de l'alcool et de la solution phéniquée, puis de l'eau stérilisée, nous avons aspiré le liquide des vésicules avec des pipettes flambées ; sur dix tubes de gélose-maltée, ensemencés ainsi nous avons obtenu une seule culture, tous les autres tubes n'ont rien donné. A part le liquide nous avons aussi utilisé l'épiderme des vésicules et nous avons également obtenu des cultures pures dans 4 tubes. Dans d'autres tubes il ne poussa que des microbes banaux de la peau. Plusieurs tubes sont restés stériles.

Ces cultures sont du trichophyton ordinaire.

Observation XXI (personnelle.) — *Trichophytie de la face interne du pied.*

Alfred J..., âgé de 30 ans, homme de peine, est atteint d'alcoolisme chronique ; il a une lésion à la face interne du pied gauche, ne sait ni le début (un mois?), ni s'il a des douleurs! il prétend seulement être syphilitique et réclame un traitement. Il n'a eu probablement que des chancres mous, il y a plusieurs années, car il n'aurait eu ni roséole, ni mal à la gorge, ni plaques à la bouche, ni chute des cheveux.

La lésion de la face interne du pied gauche, un peu au-dessous de la malléole, d'à peu près 4 ou 5 centim. de longueur, sur 2 à 3 centim. de largeur, est d'une forme se rapprochant de l'ovale dont le grand axe est parallèle à l'axe du pied. Elle consiste en une plaque dont l'épiderme corné est tombé sur la plus grande partie de sa surface qui est de couleur rougeâtre ; sur le restant de la plaque s'est formée une croûte jaunâtre impétigineuse. Le tout est entouré d'une zone rosée diffuse, et avec très peu de soulèvement épidermique ; sur cette zone on voit à la partie antérieure une petite vésicule.

Observation XXII (personnelle).

B... M., âgé de 31 ans, vient le 14 mai à la consultation pour une lésion du pied gauche ; la lésion se trouve à la face interne du côté du talon, a débuté il y a 12 jours par trois boutons espacés de 1 centim. à peu près, l'épiderme de celui qui se trouvait le plus près du talon s'est fendu, et on

voit à sa place une petite plaque de la grandeur de 1 franc, et rouge vineux ; à sa périphérie l'épiderme est fendu, et dans quelques endroits soulevé en collerette. Les deux autres vésicules n'ont pas perdu leur épiderme. Se confondant entre elles, elles ont formé un large soulèvement bulleux très peu élevé par places; appliqué sur le derme dans une grande étendue, le peu de liquide qu'elle contient est très louche et purulent.

Une zone érythémateuse entoure la lésion.

Le malade raconte que toutes ces lésions n'étaient pas précédées de prurit, mais qu'elles occasionnent maintenant un prurit le soir à la périphérie. On ne voit pas de petites vésicules ni à la périphérie, ni au voisinage de la lésion.

Le 21 mai, nous revoyons le malade, la plaque dénudée n'a pas grandi, est moins rouge et plus sèche.

On voit à la périphérie du soulèvement bulleux deux vésicules grosses comme un grain de millet. Le malade, qui s'était observé sur notre conseil, nous raconte que 8 ou 10 boutons avaient apparu à la pépiphérie de la grande bulle et s'étaient confondus avec elle, depuis la semaine dernière ; nous avons vu en outre une autre vésicule petite comme une tête d'épingle éloignée de 1 centim. et demi de la grande bulle, et qui n'avait pas été remarquée par le malade.

L'examen microscopique montre des filaments mycéliens de trichophyton en assez grand nombre dans l'épiderme soulevé de la grande bulle et en plus grande quantité encore dans l'épiderme soulevé de cette toute petite vésicule.

Le 24. Le grand soulèvement bulleux est séché et recouvert d'une croûte jaunâtre qui s'enlève facilement en larges lambeaux ; le derme sous-jacent est rose.

Observation XXIII (observation de MM. X. Arnozan et W. Dubreuilh). — *Trichophytie de la plante du pied.*

Ch..., Élodie, âgée de 21 ans, domestique, se présente le 1er juillet 1891, avec une lésion du pied, qui a apparu depuis six semaines et qui s'est graduellement étendue au début ; il y avait un peu de suintement.

On trouve actuellement, sur le bord interne du pied droit, une plaque de quatre centimètres sur six, qui envoie un prolongement de quatre centimètres de long sur un de large, vers la plante du pied. Sur l'étendue de cette plaque, la peau est un peu rouge, mais nullement épaissie. L'épiderme est aminci, sec, écailleux, mais sans desquamation active, c'est-à-dire que les lames épidermiques, larges et adhérentes, s'exfolient difficilement. On y trouve aussi quelques petites croûtes. La plaque offre un contour géographique nettement tracé par l'incision et le soulèvement de la couche cornée de l'épiderme normal, qui se soulève en formant une collerette. Sur le prolongement plantaire, on trouve quelques traces des vésicules miliaires. Cette plaque est le siège d'une démangeaison modérée.

Le bord externe du pied gauche présente une plaque de la grandeur

d'un haricot, où l'épiderme est un peu épaissi, mais non desquamé. Le centre est occupé par une vésicule du volume d'un grain de chènevis.

Les mains présentent sur toute leur surface, une desquamation très fine en grandes lamelles très minces, que la malade attribue à l'usage prolongé d'un savon irritant. Elle ressemble, du reste, tout à fait à celle que provoque le contact de l'alcool. Elle est d'ailleurs toute récente, générale d'emblée et ne s'est pas reproduite dans la suite.

L'aspect des lésions des pieds et surtout du pied droit faisait penser à la trichophytie. Cependant l'examen microscopique fut négatif.

Le mari de cette jeune femme présente des lésions de l'ongle du petit doigt de la main gauche. Il y a trois ans, à la suite d'un traumatisme, cet ongle est tombé ; il a repoussé déformé et n'a jamais repris sa forme normale. Actuellement, il présente tous les caractères cliniques d'un ongle trichophytique ; mais l'examen microscopique n'a pas été fait.

La malade revient le 8 janvier 1892. Peu de temps après sa première visite, elle est allée passer quelque temps à Arcachon. Là, sous l'influence des bains de mer et de la marche nu-pieds dans le sable, les lésions ont presque totalement guéri ; mais, depuis un mois, elles ont reparu au même endroit sur le pied droit.

On trouve actuellement, sur le bord interne du pied droit, une plaque irrégulière et mal limitée, un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs en argent. A sa partie inférieure, c'est-à-dire au sommet de la voûte plantaire, elle est marquée par une demi-douzaine de points bruns kératosiques, traces de vésicules profondes desséchées ; mais il n'y a aucune desquamation. Celle-ci n'apparaît qu'au point où l'épiderme s'amincit, perdant l'aspect plantaire. Dans cette région se trouve une plaque de deux à trois centimètres de diamètre, où la peau ne présente ni rougeur ni infiltration ; elle est couverte d'un épiderme aminci et elle est criblée de vésicules d'un demi à un millimètre de diamètre, très serrées, profondes, enchâssées, ne faisant aucune saillie et contenant un liquide clair. A la périphérie de cette plaque, l'épiderme se desquame en lamelles larges, minces et souples. Démangeaison très légère.

Sur le sein gauche, petite plaque de pityriasis versicolor de la grandeur d'un haricot. Elle date de sept ans et aurait été prise par contagion, en se servant des serviettes d'une personne qui en était très abondamment affectée.

L'examen microscopique des lamelles d'épiderme du pied a cette fois montré du trichophyton. Dans certaines préparations l'on n'en trouve pas, dans d'autres on trouve le parasite très abondant. Tantôt ce sont de grands filaments ondulés et peu ramifiés, isolés, très longs ; tantôt ce sont des réseaux de filaments et de chapelets de spores lâchement enchevêtrés.

Observation XXIV (personnelle). — *Trichophytie des pieds greffée sur un eczéma des pieds et des mains* (1).

D..., âgé de 21 ans, entre dans le service de M. le professeur Fournier

(1) Le malade a été présenté à la *Société française de dermatologie*, dans la séance du 12 mai 1892.

salle St-Louis, nº 42), pour des lésions eczémateuses en placards occupant les mains et les pieds.

Aux mains, l'éminence thénar tout entière, une partie du creux de la main, le pli du carpe, sont le siège des altérations qui remontent sur la face dorsale dans une petite étendue du bord cubital de la main gauche et du bord radial de la main droite.

On note quelques petites surfaces eczémateuses sur les faces dorsales des doigts.

Toutes ces lésions se présentent avec l'aspect d'une rougeur peu intense recouverte de squames adhérentes, sans infiltration de la peau, sans suintement; le contour des placards est irrégulier et sans aucune circination. Aucun prurit.

Aux pieds : La lésion occupe la partie interne de la plante et une grande partie de la face dorsale des deux côtés. Elle forme un certain nombre de placards plus ou moins isolés les uns des autres, à contour irrégulier, sans bord net. A leur niveau, la peau est rouge, recouverte çà et là de squames larges et sèches, sauf à la partie interne des deux pieds, où on note de véritables croûtes mélicériques, impétiginiformes.

Au niveau de la plante des deux pieds, notre attention est attirée par la présence de pluseurs petites vésicules disséminées, soit sur la surface des placards eczémateux, soit en dehors même de ces placards; on remarque un groupe de trois vésicules à la face plantaire du gros orteil droit.

Au talon gauche, on voit une plaque dont l'épiderme est tombé au centre; l'aire de la lésion est rosée.

On remarque enfin, à la plante de chaque pied, un durillon dont l'épiderme corné se trouve divisé en une série de couches stratifiées par des fentes horizontales plus ou moins profondes.

Or, à la suite d'examen minutieux portant sur toutes les surfaces malades, nous avons constaté, avec la plus grande netteté, la présence du trichophyton, seulement au niveau des vésicules, au niveau des fentes des durillons, mais aussi au niveau des surfaces eczémateuses de la plante des deux pieds; par contre, nous n'en avons trouvé aucun élément, ni sur le dos du pied, ni au niveau des mains.

Observation XXV (de M. C. Pellizari). — *Trichophytie de la main, coexistant avec un eczéma sudoral.*

Chez un étudiant en droit, la maladie occupait seulement le doigt médian de la main gauche. Partant un peu au-dessus du pli métacarpo-phalangien et descendant jusqu'à la moitié de la pulpe, tournant ensuite sur les parties latérales des doigts, elle envahissait un peu leur face dorsale et atteignait le bourrelet sus-unguéal. Chez ce malade la maladie qui durait depuis plus de deux mois, avait pris l'aspect typique de l'eczéma sudoral ; mais il faut faire remarquer en outre, qu'un eczéma sudoral vrai mais peu avancé existait en fait sur les faces latérales des autres doigts.

Le malade qui en avait déjà souffert l'année précédente venait précisément demander conseil pour se débarrasser de cette incommodité.

L'unique fait qui éveilla mon attention dans ce cas fut la continuité de la lésion avec une desquamation en demi-lune vers la paume de la main.

Ce jeune homme, revu en décembre 1887, était guéri.

Étiologie. — L'origine du parasite dans les lésions trichophytiques de la paume des mains et de la plante des pieds reste, dans l'immense majorité des cas, aussi obscure que celle des trichophyties d'autres régions. La nécessité d'une contagion est évidente, mais celle-ci est souvent difficile à prouver.

On peut se demander si l'existence d'une lésion préalable de la couche cornée épaisse de ces régions favorise la fixation du parasite. Pour nous, nous avons surtout affaire à des cas certainement *primitifs* dans lesquels le malade n'avait au début ni trichophytie d'un autre point du corps, ni lésion d'aucune sorte des régions palmaires et plantaires.

Nous citons toutefois deux cas dans lesquels on a pu établir que l'infection trichophytique était *secondaire*. L'un de ces cas nous est personnel (obs. XXIV), le malade était atteint aux deux mains et aux deux pieds de placards d'eczéma datant de deux mois environ et occupant leurs faces dorsales, palmaires et plantaires. Un examen très minutieux et patient ne nous a fait découvrir de trichophyton que sur les pieds et, qui plus est, exclusivement dans les plaques plantaires. On ne saurait interpréter ce fait autrement que par une infection trichophytique secondaire.

L'autre cas appartient à M. Pellizari qui a pu constater la coexistence d'un eczéma sudoral ancien récidivant et d'une plaque de trichophytie à la main (obs. XXV); ajoutons que deux de nos malades avaient été porteurs d'engelures.

Au point de vue étiologique il faut encore relever le fait que le parasite est toujours considérablement plus abondant dans les régions palmaires et plantaires que sur le dos des mains, et des pieds ou en d'autres points de la surface cutanée. C'est notamment et surtout dans l'épiderme des vésicules naissantes que l'on constate cette abondance. Il en résulte que, soit pour faire l'examen microscopique, soit pour entreprendre des cultures, c'est à ces éléments qu'il faut s'adresser de préférence. Nous avons réussi facilement ces cultures dans l'un de nos cas (obs. XX), qui était particulièrement favorable parce que les vésicules étaient récentes grosses dès le début, et encore non souillées. Le plus souvent il faut toutefois s'attendre à des difficultés réelles pour obtenir des cultures pures; cette difficulté spéciale n'existe pas pour réussir des cultures du trichophyton en se servant de cheveux infiltrés de spores.

Dans presque tous nos cas l'examen microscopique a fait voir des filaments mycéliens du trichophyton en abondance.

Si nous ne faisons pas suivre chacune de nos observations de cette mention, c'est pour ne pas nous répéter trop souvent.

Symptomes. — La trichophytie des parties à épiderme corné épais, comme des autres parties du corps, change d'aspect durant son évolution ; de même que la trichophytie de la surface cutanée ordinaire, elle

débute par une ou plusieurs vésicules (le plus souvent une), se propageant excentriquement par la formation de nouvelles vésicules à la périphérie ; mais la grosseur des vésicules et l'aspect des plaques qu'elle engendre diffèrent par suite de la structure anatomique des régions. On a vu par la lecture de nos observations que les aspects diffèrent même sur des parties très voisines d'une même région. Si la trichophytie occupe les parties de la plante du pied où la couche cornée est relativement moins épaisse, comme la voûte, elle prend alors la forme qu'elle prend à la face interne du pied et que nous décrirons plus loin. Si elle occupe le talon ou le côté des orteils, elle prend un aspect bien différent; cette différence s'accentue chez les gens dont l'épiderme des pieds est très épais, et qui ne sont pas sujets aux sueurs des pieds. Il est superflu de dire qu'à la paume des mains l'aspect de la lésion diffère de celle du pied par la simple raison que les mains sont exposées toujours à l'air, et par conséquent toujours sèches, tandis que les pieds sont constamment entourés de l'enveloppe de la chaussure qui les maintient dans une atmosphère humide.

Mais chez les enfants et les adolescents dont l'épiderme palmaire est mince l'aspect de la lésion ressemble beaucoup à celle de la voûte du pied des personnes âgées, chez eux la trichophytie des mains diffère peu de celle des pieds.

Dans les régions qui nous occupent la trichophytie débute presque toujours, sinon toujours, par des vésicules et très rarement par cette tache rouge constatée par les auteurs au début de la trichophytie de la surface générale du corps.

La grosseur de la vésicule initiale diffère d'un cas à l'autre, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille ; elle est le plus souvent unique, avons-nous dit, rarement multiple. De l'interrogatoire de presque tous nos malades, nous avons acquis l'opinion que l'apparition de la vésicule n'est pas précédée de douleurs, de démangeaisons, et que les malades ont constaté subitement une « cloque » ou un « bouton ».

Sans vouloir faire de cette absence de phénomènes prémonitoires, un caractère certain, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer, dès maintenant, l'absence presque constante de ces phénomènes dans nos observations.

Le liquide contenu dans les vésicules au début est clair ; d'ordinaire il se résorbe, en laissant ou ne laissant pas de macules ; d'autres fois il devient purulent.

L'épiderme de l'endroit occupé par les vésicules perd ensuite son éclat, sa transparence normale, blanchit et se désagrège, se déchire, et il se forme une petite plaque entourée d'une bordure épidermique reposant sur le derme qui paraît être sain.

A la voûte où les vésicules ne se fendillent pas facilement et

deviennent rapidement purulentes, des vésicules nouvelles apparaissent à la périphérie des premières et s'unissent avec elles en formant des soulèvements pseudo-bulleux. Selon le moment où l'on examine les lésions on voit ces soulèvements pseudo-bulleux entourés ou non de vésicules récentes.

Cette évolution que nous venons de décrire se rencontre également sur la face interne des pieds près des malléoles ; et nous ne croyons pas qu'on ait attiré l'attention sur elle jusqu'à présent.

Jusqu'aujourd'hui cette forme de trichophytie de la face interne des pieds a été méconnue et prise pour des dermites traumatiques, de l'eczéma, ou de l'eczéma dysidrosique. On peut dire d'ailleurs qu'elle simule toutes ces affections selon l'état qu'elle présente au moment de l'examen. Ces soulèvements pseudo-bulleux se trouvent quelquefois arrachés par les chaussettes des malades, par exemple ; alors on a de petites plaques ou des excoriations, ou des plaies, d'autres fois le liquide s'étant vidé ou ayant été absorbé l'épiderme des soulèvements reste collé sur place et en se séchant forme de larges lambeaux plus ou moins grisâtres ou jaunâtres, entourés d'une zone érythémateuse.

Inutile de dire qu'on peut voir tous ces états associés.

Nous attirons l'attention sur ces cas qui sont loin d'être aussi rares, qu'on le pense.

La marche de la trichophytie dans ces régions est, ici comme ailleurs centrifuge, et on peut assister à l'éclosion souvent répétée de vésicules périphériques. (Nous avons pu, à plusieurs reprises, suivre cette marche chez la malade de l'observation n° 1, le traitement n'ayant été institué que tardivement.) Mais l'envahissement ne se fait pas uniquement excentriquement, des vésicules aberrantes se montrent éloignées de plusieurs centimètres du point primitivement atteint.

Il n'est pas rare de voir plusieurs lésions séparées, surtout aux pieds.

On peut voir aussi apparaître, dans l'aire de la plaque elle-même, de très fines vésicules légèrement prurigineuses qui deviennent quelquefois purulentes, et dans lesquelles nous n'avons jamais réussi à trouver du trichophyton.

A la période d'accalmie qui succède à une poussée, la collerette cornée pourrait faire songer à une bulle de pemphigus ou de brûlure à l'état de dessiccation. L'interrogatoire du malade, et au besoin l'examen microscopique lèveront tous les doutes, en montrant la présence ou l'absence du mycélium trichophytique.

Marche Durée. — Si l'on s'en rapporte aux observations publiées jusqu'ici, il semblerait que les localisations palmaires et plantaires de la trichophytie affectent une marche très lente et insidieuse et que

la maladie a une durée très longue. M. Pellizari note expressément cette longue durée, et rapporte que bien des malades n'ont pas pu spécifier depuis combien d'années ils étaient atteints; il faut dire que la maladie ne les gênait pas au début et qu'à peine améliorés ils s'empressaient d'échapper à l'observation. Notre expérience personnelle ne confirme pas cette longue durée de la maladie, pour la majorité des cas tout au moins. Sauf dans une de nos observations, nous avons vu les lésions marcher assez rapidement. Des vésicules périphériques apparaissent du jour au lendemain et peuvent évoluer dans une période variable, mais qui souvent ne dépasse pas une semaine. Toutes les vésicules ne donnent pas lieu à une lésion persistante; quelques-unes, après dessiccation et exfoliation de l'épiderme, guérissent spontanément comme si le parasite avait été complètement éliminé; d'autres, toutes voisines, constituent un foyer qui tend à s'agrandir excentriquement. On verra plus loin que lorsque le traitement intervient, on a cependant facilement raison de ces foyers.

Diagnostic. — Sauf la présence du parasite constatée avec le microscope, les autres symptômes n'ont pas une valeur absolue.

Mais malgré leur importance secondaire, ces symptômes réunis ont cependant leur signification S'ils ne peuvent toujours permettre de faire un diagnostic ferme, ils mettent du moins le médecin sur la voie de ce diagnostic.

Nous avons attiré l'attention sur le fait que la trichophytie *n'était pas précédée de sensations douloureuses et de démangeaisons*, qu'elle débutait très souvent par une vésicule unique et très rarement par plusieurs, et que les malades découvraient par hasard ces vésicules.

Nous avons dit que l'envahissement se faisait excentriquement par la formation de vésicules à la périphérie; que la trichophytie en cours d'évolution n'est, pas plus qu'au début, accompagnée de douleurs et de démangeaisons (sauf complications par irritation); et qu'il n'y a qu'un léger prurit à la périphérie de la plaque au moment des poussées.

Cette localisation du prurit à la périphérie, qui a lieu quel que soit le siège de la trichophytie sur la surface cutanée, pourra, croyons-nous, aider beaucoup à différencier la trichophytie des autres affections qui y ressemblent. C'est un caractère qui rendrait peut-être service pour le diagnostic différentiel avec des placards d'eczéma nummulaire.

En opposition à tout cet ensemble de symptômes, il me paraît utile d'exposer tout au long ceux de la *dysidrose*, maladie à laquelle la trichophytie des parties à épiderme corné épais, ressemble un peu au début et avec laquelle elle est généralement confondue.

Je ne peux mieux faire que de reproduire les principaux passages

de la description qui en a été donnée par un de mes maîtres, M. Brocq, dans son traité devenu classique (1).

« La dysidrose est le plus souvent localisée aux mains, à leur face palmaire, mais surtout aux espaces interdigitaux et aux parties latérales des doigts.

L'*éruption est presque toujours précédée de certaines sensations de prurit ou de cuisson, qui sont parfois intolérables ; puis apparaissent de petites vésicules* (2) transparentes, perlées, semblables à des grains de sagou cuit, et profondément situées sous l'épiderme. Elles se développent, atteignent les dimensions d'une grosse tête d'épingle ou d'une lentille.

D'abord isolées, ou groupées par deux ou trois, elles peuvent devenir confluentes ; loin de se rompre, elles se distendent de plus en plus, forment des saillies ovalaires et mamelonnent la surface des téguments. Le *malade souffre de vives démangeaisons et de brûlures ;* et, plus il se gratte, plus les vésicules se produisent et augmentent de volume. Il semble qu'on les fasse en quelque sorte naître sous les doigts aux points prurigineux que l'on frictionne (Obs. personnelle de Brocq).

Elles prennent une teinte jaunâtre, s'ouvrent les unes dans les autres de façon à constituer d'énormes soulèvements pseudo-bulleux fort irréguliers. Quand on les crève, il en sort un liquide clair semblable à du sérum, d'abord alcalin, puis acide, mais ce point est fort controversé ; car pour beaucoup d'auteurs il est neutre ou alcalin.

Si on ne les ouvre pas, le liquide finit par se résorber peu à peu ; l'épiderme s'exfolie et tombe en laissant à nu une surface lisse, rouge, sensible, mais qui ne suinte pas.

Quand l'éruption est assez intense et dure depuis quelque temps, elle revêt parfois un aspect jaunâtre particulier semblable à de la cire jaune ou à du miel.

L'éruption peut n'être constituée que par quelques petites vésicules interdigitales siégeant à une seule main ou aux deux, *le plus souvent elle est assez symétrique.* Elle peut occuper les deux mains, soulever tout l'épiderme de leur face palmaire, gagner même leur face dorsale, envahir les bras, et, dans certains cas d'une intensité particulière, se généraliser à tout le corps et prendre l'aspect d'un pseudo-exanthème.

Les pieds peuvent être affectés de la même manière que les mains.

La durée ordinaire d'une poussée de dysidrose est de dix à quinze jours ; mais, dans les cas graves, elle peut persister plusieurs semaines. Nous avons déjà dit qu'elle était *fort sujette à récidiver.* »

(1) L. Brocq. *Traitement des maladies de la peau*, 2e éd., 1892, p. 138.

(2) Je souligne ce passage ainsi que quelques-uns des suivants pour faire ressortir le contraste avec la trichophytie.

A la lecture de cette description il est impossible de ne pas être frappé de l'opposition probablement constante, de l'ensemble des symptômes présentés par la dysidrose et la trichophytie.

Pour achever cette différenciation, je rappellerai que la trichophytie ne se généralise pas brusquement comme la dysidrose, et quand elle dépasse les régions dont nous parlons, elle prend les caractères ordinaires.

En outre, on ne verra pas une vésicule dysidrosique prendre un accroissement excentrique progressif par l'éclosion de vésicules périphériques nouvelles.

Le diagnostic différentiel avec la *syphilis* est aussi bien important, car la trichophytie de la paume de la main et de la plante des pieds a une grande ressemblance, dans certains cas, avec les syphilides de ces mêmes régions. Ce diagnostic différentiel entre la trichophytie et les syphilides — comme avec la dysidrose du reste — n'a pas été fait jusqu'aujourd'hui ; on ne trouve de renseignements sur ce point dans aucun traité sur la syphilis ; je tenterai maintenant de distinguer ces deux maladies l'une de l'autre.

Ce n'est certes pas au moment de la présence des vésicules que la trichophytie pourra être prise pour la syphilis, mais c'est après la disparition des vésicules.

La trichophytie de la paume de la main et de la plante du pied, par la netteté et la circination de ses bords, l'absence presque complète de démangeaison, par sa couleur, prend en grande partie les caractères des syphilides de ces régions; mais elle s'en différencie par la souplesse du derme sous-jacent, qui n'a pas la rénitence et l'infiltration néoplasique habituelle dans les syphilides, et quelquefois par l'épaisseur et la largeur de la collerette épidermique qui l'entoure.

Jamais dans le psoriaris palmaire ou plantaire syphilitique, il ne se produit de vésicules ; aussi une observation attentive des lésions, prolongée au besoin, permettra-t-elle de se prononcer en faveur de la trichophytie, même sans examen microscopique, si l'on voit survenir une vésiculation à la périphérie ou autour des plaques suspectes.

L'apparition des vésicules — apparition qui se fait dans certains cas à de courts intervalles et en nombre plus ou moins grand, dans d'autres à des intervalles espacés — est d'une importance extrême et peut d'emblée aplanir la difficulté du diagnostic.

C'est cette apparition des vésicules qui a pour ainsi dire confirmé cliniquement le diagnostic établi déjà par le microscope chez la malade de l'observation XVI ; chez elle l'affection qui durait depuis six ans ne se montrait pas très envahissante.

Le jour de son entrée, le 5 mars, outre les grandes plaques, on ne voyait que des éléments tout petits (qui n'étaient que des restants de vésicules) et pas de vésicules. C'est le 6 au matin que nous en avons remarqué une, le 7 mars deux. Jusqu'au 20 mars, époque où a commencé le traitement, nous n'avons pu constater de poussées qu'avec des vésicules petites et peu nombreuses.

Ce que nous disons là s'applique à ce qui s'est passé pour la plante du pied, car les vésicules se montraient plus nombreuses aux espaces interdigitaux qui commençaient à être envahis. Là aussi le trichophyton se montrait en abondance.

Dans plusieurs de nos observations, surtout dans les observations I et IV, on a vu que les poussées évoluaient en une semaine à peu près, et quand les vésicules disparaissaient il restait des plaques dont le derme ne paraissait pas malade, entourées d'une bordure épidermique généralement large.

Dans la syphilis le derme est plus ou moins rénitent et la bordure n'est pas si large.

Nous n'essayerons pas de faire un diagnostic différentiel entre la trichophytie et les dermites professionnelles et autres, car celles-ci échappent à une description d'ensemble par la diversité de forme et d'aspect qu'elles présentent.

D'autre part, les aspects et formes de la trichophytie que j'ai décrits jusqu'ici appartiennent à la trichophytie non traitée, non modifiée par les frottements, etc., et à côté de ces formes types non modifiées il y a toute une série de lésions dont on se fera une idée en lisant plusieurs observations publiées par MM. Arnozan et Dubreuilh et que nous n'avons pas jugé à propos de reproduire ici au complet. Je ne mentionne pas non plus un cas personnel du même genre (eczéma sec des deux mains sans lésion des ongles) que j'ai observé et chez lequel les filaments mycéliens étaient en si *petit nombre* que je me demande s'ils étaient la cause de la maladie, où s'ils étaient venus compliquer une lésion préexistante (comme dans notre observation XIV) et ne jouaient qu'un rôle bien effacé.

Les cinq observations que M. C. Pellizari n'a pas cru bon de publier se rapportent à ces cas non typiques : « Je me limiterai, dit-il, à « décrire en bloc les phénomènes cliniques, un cas pouvant servir de « complément à tous les autres. On peut dire que la dermatose avait « pris l'aspect d'un eczéma chronique avec modification spéciale des « ongles. »

Voici ce que dit cet auteur au sujet du diagnostic :

« Si au début la maladie peut présenter un aspect figuré, il ne faut pas compter plus tard qu'on retrouvera cette disposition ; il n'y a plus d'éléments éruptifs groupés à sa périphérie ; le prurit que le trichophyton provoque habituellement dans l'épiderme fait également défaut. L'uni-

que élément diagnostic réside dans l'unilatéralité habituelle, sinon constante, des lésions trichophytiques, unilatéralité qui est peu commune dans les eczémas professionnels ; dans les affections dites hyperkératoses la lésion est non seulement bilatérale mais siège encore à la plante des pieds. »

L'auteur ajoute que l'examen microscopique doit souvent être répété pour donner un résultat positif ; 6 ou 7 examens sont parfois négatifs avant qu'on trouve le trichophyton. En général la forme qui prédomine est celle de mycélium ; les spores sont rares et il n'en a jamais rencontré en amas.

Si nous avons eu moins de difficultés que M. Pellizari à faire le diagnostic microscopique, c'est sans doute parce que nos cas étaient *primitifs* et à évolution rapide. D'autre part, nous avons dans un cas, qui s'est distingué par sa résistance spéciale aux traitements (obs. IV) trouvé des amas de spores rondes, brillantes et égales, à côté de filaments mycéliens pelotonnés qui ressemblaient pourtant bien au trichophyton.

Dans tout ce qui précède nous n'avons pas donné une grande importance, au point de vue de sa valeur diagnostique, à l'unilatéralité ou à la bilatéralité des lésions ; il n'y a là de caractère absolu pour aucune des maladies dont nous avons parlé. Il est vrai que certains eczémas sont souvent bilatéraux, que les syphilides palmaires papuleuse de la période secondaire siègent habituellement aux deux mains, comme l'a dit notre maître M. Fournier ; mais il y a des restrictions à faire à ces règles générales. D'autre part, la trichophytie peut être bilatérale, surtout si l'on pense, comme nous, qu'elle peut constituer une complication par le fait d'une infection secondaire.

De la lecture des observations publiées par les auteurs il semble découler qu'on doit examiner avec soin, au point de vue de la recherche du trichophyton, les cas de kératodermie qui s'accompagnent de lésions des ongles ; dans presque toutes les observations de trichophytie palmaire non typiques qu'ils rapportent, on a noté en effet cette coïncidence de lésions unguéales.

Nous ferons remarquer toutefois après beaucoup d'autres qu'on observe la trichophytie des ongles moins souvent à Paris qu'ailleurs ; M. Pellizari note en effet des lésions unguéales dans 13 0/0 des cas de trichophytie quelconque ; MM. Arnozan et Dubreuilh arrivent à la proportion de 8,8 0/0 ; pour nous, malgré le grand nombre de trichophytiques que nous avons observés à l'hôpital St-Louis, et quoique depuis six mois notre attention fût attirée spécialement sur ce point, nous n'en avons pas rencontré un seul exemple, notre maître M. Besnier nous a dit qu'ils étaient aussi rares en ville.

Traitement. — Nous n'avons pas au cours de ce travail, sinon inci-

demment, parlé du traitement. Il va de soi en effet que le traitement de la trichophytie des régions palmaires et plantaires doit être le même que celui des autres régions cutanées.

On pourrait s'attendre à rencontrer des difficultés particulières à cause de l'abondance des parasites et de l'épaisseur de la couche cornée. Mais il n'en est rien ; quand on prend la précaution d'arracher la collerette d'épiderme soulevé en dépassant un peu les limites apparentes du mal, d'ouvrir les vésicules récentes en enlevant leur épiderme, et de pratiquer des badigeonnages antiparasitaires de teinture d'iode, par exemple, sur toute la région suspecte, on réussira à guérir rapidement l'affection.

Il est essentiel de badigeonner énergiquement pour assurer la pénétration du médicament, et de répéter les applications tous les deux jours au début, puis à des intervalles plus espacés. Pour nous, nous avons toujours obtenu de cette façon, la guérison en deux ou trois semaines, lorsque l'affection ne datait que de quelques mois. Peut-être les cas très anciens, comme ceux dans lesquels le malade ne peut même pas spécifier depuis combien d'années il est atteint, offrent-ils une résistance particulière. Dans notre observation XVI, l'affection qui datait de 6 ans et dans laquelle nous avons trouvé des spores groupées en outre du mycélium, ce qui n'est pas habituel, a offert une certaine résistance au traitement, et malgré l'amélioration nous ne pouvons même aujourd'hui affirmer la guérison.

Conclusions. — La trichophytie peut occuper la paume des mains et la plante des pieds ; il n'est pas rare de la voir se cantonner exclusivement à ces régions.

On peut distinguer des cas primitifs, dans lesquels le parasite s'est implanté dans un épiderme qui était sain auparavant ; et des cas secondaires, où une autre maladie a préparé le terrain à la végétation du trichophyton.

Les localisations palmaires et plantaires de la trichophytie présentent un intérêt spécial à cause de la difficulté réelle du diagnostic en pareil cas ; cette difficulté tient à la très grande analogie que présentent les lésions trichophytiques de ces régions avec les autres dermatoses de même siège (dysidrose, syphilis, etc.). En dehors de l'examen microscopique, qui est décisif, il y a quelques particularités cliniques que nous avons relevées au cours de ce mémoire.

DE L'ORIGINE MURIDIENNE DU FAVUS

Par le Dr **G. P. Busquet**
aide-major de 2e classe.

Depuis que les recherches de Schœnlein et Gruby, en mettant en lumière la nature parasitaire du favus ont attiré l'attention des dermatologistes sur cette teigne, on s'est beaucoup préoccupé de savoir d'où venait cette affection et de quelle façon elle était transmise à l'homme.

Aussitôt après les découvertes micrographiques, on se hâta de rejeter les théories surannées qui attribuaient la production de la matière favique aux efforts dépurateurs de l'organisme pour se débarrasser des principes nuisibles (fluides et humeurs plus ou moins âcres), ou qui la considéraient comme une décharge fluxionnaire résultant le plus souvent de l'hérédité. De générale, l'affection était devenue locale, et il était prouvé d'une façon irrécusable qu'elle n'était nullement de provenance interne, mais était engendrée par une cause externe, entièrement indépendante de l'individu.

Jacquetant, interne à l'Antiquaille de Lyon, signala en 1847 la transmission du favus de l'homme à deux chats du service, et en prouvant ainsi la possibilité du développement du champignon dans la série animale, ouvrit la voie féconde des observations qui devaient amener les dermatologistes à se faire une opinion ferme sur ce sujet, opinion qui fut admirablement formulée et résumée dans les conclusions suivantes par Saint-Cyr, en 1869 :

« 1° Les animaux, et en particulier le chien, le chat et la souris sont susceptibles de contracter le favus ;

2° Ils peuvent le contracter par contagion directe d'animaux à animaux, mais ils peuvent aussi, le chat surtout, le gagner par leurs rapports avec les enfants teigneux :

3° La souris étant, elle aussi, sujette à la teigne, *c'est très probablement ce petit rongeur qui la donne le plus souvent au chat ;* on sait, en effet, combien les jeunes chats aiment à jouer, avant de les croquer, avec les souris vivantes que leur prennent leurs mères.

4° Les jeunes chats teigneux peuvent à leur tour transmettre la maladie aux enfants, lesquels, on le sait, se plaisent à jouer avec ces gentils animaux.

5° Par leur contact avec les jeunes chats qui sont assez souvent atteints de favus, les enfants se trouveraient exposés à contracter cette affection. »

Aujourd'hui, on peut dire que des observations cliniques multiples, des expériences variées d'inoculation, enfin des faits nombreux de morphologie comparée, mettent hors de doute cette affirmation que le champignon du favus a pour premier habitat les Muridés : *Mus musculus*, L. (souris vulgaire) et *Mus ratus*, L. (rat noir commun) ; ce n'est qu'après ce premier acclimatement sur la matière vivante animale, qu'il se répand dans la série des vertébrés, sur le chat, le chien, le lapin, le cheval, le bœuf et la poule. Dans ce passage à travers les milieux les plus variés, à réaction plus ou moins accentuée, à températures non identiques, le champignon protéiforme prend naturellement des aspects différents suivant le terrain sur lequel il végète ou les conditions dans lesquelles il se trouve, et c'est cette diversité de formes qui a provoqué les interminables discussions entre les unicistes et les pluricistes, discussions qui ont été récemment ravivées par suite des communications au congrès de Sienne (août 1891) de Mibelli, Marianelli, Dubreuil et Sabrazès. Quincke, Münnich, Boehr, Unna, Elsenberg, ont décrit d'une façon magistrale les *formes* différentes que revêt l'Achorion, selon qu'il se trouve dans telles ou telles conditions de vitalité, et sur tel ou tel animal. Nous-même, en 1890, avons ajouté quelques faits nouveaux aux démonstrations de ces auteurs en étudiant l'Achorion Arloini, dont nous avons fait sur la souris, la forme primordiale du champignon du favus. Dans le camp opposé, on a nié ces différenciations et affirmé l'inanité des recherches précédentes en soutenant que le favus est produit par un seul et unique champignon. L'accord entre les deux groupes n'est pas si loin de se faire qu'on pourrait le supposer.

Si l'on veut bien se rappeler les nombreux faits de polymorphisme qu'on observe tous les jours en botanique et qui sont d'autant plus nombreux et mieux marqués qu'on descend davantage vers les êtres les moins élevés en organisation végétale, on comprendra que les formes sont variables à l'infini suivant les terrains, et par suite, logiquement, on devra admettre qu'un végétal A en croissant dans des endroits différents donnera des *formes* différentes B, C, D, etc. Prenons-en comme exemple une plante vulgaire, le Viola tricolor, L. qui devient successivement, dans les terrains granitiques le Viola meduanensis (Bor.), dans les sables maritimes du nord le Viola rothomagensis (Pesn.), dans les sables du midi le Viola nana (D. C.), dans les champs argileux le Viola ruralis (Jord.), dans les champs sablonneux le Viola segetalis (Jord), enfin dans les champs calcaires le Viola Foucaudi (Savatier). Si donc une plante d'une organisation aussi parfaite peut, selon que le terrain est granitique, calcaire ou sablonneux, revêtir des aspects aussi bien tranchés, comment ne pas admettre qu'un végétal d'une structure aussi simple que l'Achorion, échappe à cette loi de la mutabilité partielle des espèces suivant la nature des milieux.

Les unicistes ont raison quand ils déclarent qu'*une seule espèce* de champignon existe dans le favus, mais les pluricistes peuvent aussi à bon droit affirmer sans invraisemblance *les formes* sous lesquelles se présente ce même champignon sur des terrains nouveaux pour lui, et dans des conditions de vitalité inaccoutumées. Ce qui divise les deux théories, c'est l'exagération où sont tombés les unicistes qui n'admettent qu'un seul champignon immuable, et les pluricistes qui érigent en espèces bien distinctes les simples formes observées et décrites. Il est évident que ces formes nécessitent des noms nouveaux pour être différenciées les unes des autres, mais il ne faut pas perdre de vue, qu'on les appelle microphytes α, β, γ, ou Achorion Arloini, que ce ne sont que des formes autres d'un même champignon et non des espèces entièrement différentes.

Pour nous, il ne saurait subsister le moindre doute à cet égard, et là est la vérité. Du reste Bazin, ce merveilleux esprit qui a pour une si grande part contribué à élucider les points douteux de la question, avait entrevu tout cela : « dans ce passage d'une espèce animale à une autre, dit-il, il ne me paraît pas déraisonnable d'admettre que le parasite puisse subir certains changements dans sa forme ou dans son organisation, sans que, toutefois, il y ait transformation d'une espèce dans une autre ».

Le fait personnel que nous ajoutons à ceux déjà mentionnés dans les auteurs, vient fournir une preuve de plus à l'appui de ce que nous avançons.

Le 11 avril dernier, la nommée L. M..., âgée de 19 ans, vint nous demander conseil au sujet d'une éruption qu'elle portait sur la main droite. Dans le premier espace interdigital et sur la face dorsale de cette main, existait une plaque circinée du diamètre d'une pièce de 5 francs en argent, qui nous laissa fort perplexe. Nous trouvions-nous en présence d'herpès circiné ou de favus épidermique? D'après les caractères de la lésion, il nous était impossible de nous prononcer. La plaque était modérément rouge, à pourtour légèrement saillant avec quelques rares vésicules; au centre, on voyait des squames peu abondantes.

L'examen microscopique ne nous décida ni pour, ni contre l'une ou l'autre opinion. Les cultures faites sur gélose et pomme de terre furent pures d'emblée et présentèrent les caractères des Achorions. L'inoculation à des souris nous fournit deux fois de suite des godets caractéristiques. Le doute n'était donc plus possible, nous étions en présence du favus épidermique. Notre malade nous apprit que quelques jours avant que la lésion n'apparût, elle avait détaché d'une souricière plusieurs souris qui lui avaient paru porter une maladie sur la tête. Sur notre demande, elle nous apporta quatre jours plus tard, une souris récemment prise chez elle et qui, en effet, était atteinte de favus. L'éruption guérit du reste très facilement par quelques applications d'une solution d'essence de cannelle de Chine dans l'éther sulfurique légèrement alcoolisé.

Dans nos cultures nous avons retrouvé les corps en massue de Bœhr et tous les caractères de l'Achorion Arloini. C'est dans ces éruptions *récemment* produites par le contage de la souris, alors que le champignon n'a eu le temps de se modifier qu'à peine sur l'homme, qu'on obtient facilement dans les cultures un retour à la forme initiale, souricienne ; cette forme s'acclimate lentement sur le tégument humain, ce qui explique la persistance momentanée de ses caractères morphologiques et les guérisons spontanées ou si faciles à obtenir de certains favus épidermiques ainsi contractés.

La littérature médicale abonde aujourd'hui en faits de ce genre, et nous tenons à en rapporter quelques-uns des plus caractéristiques, car nous y trouvons la confirmation de notre manière de voir.

Le premier qui ait nettement signalé la transmission du favus de la souris à l'homme, est Draper (de New-York). « En 1854, écrit-il à Bazin quelques années plus tard, plusieurs membres d'une même famille, parmi lesquels était un jeune médecin, remarquèrent que plusieurs souris prises au piège étaient affectées d'une singulière maladie », qui fut reconnue être le favus (porrigo favosa). « Ces souris malades furent données à un chat, qui offrit quelque temps après, au-dessus de l'œil, une croûte semblable à celles que portaient les souris. Plus tard, deux jeunes enfants de la maison qui jouaient avec le chat, furent successivement, et à 15 jours d'intervalle, affectés de la même maladie : des croûtes jaunes, circulaires se montrèrent en plusieurs parties du corps, à l'épaule, à la face, à la cuisse. » L'examen microscopique de ces croûtes y fit trouver l'Achorion.

En 1864, Anderson rapporte plusieurs observations dans lesquelles on voit les souris transmettre le favus à un chien et à des enfants.

Observation I. — « Un malade qui habitait une maison nouvellement construite à l'extrémité Est de Glasgow, montra au Dr Buchanan, son chien qui portait sur une patte de devant une singulière affection. Le Dr Buchanan examinant la lésion, reconnut qu'elle ressemblait dans ses moindres détails à un favus, opinion qui fut largement confirmée par l'examen microscopique d'une portion des croûtes. Le chien avait l'habitude de tuer des souris, qui étaient très nombreuses dans la maison ; quelques-unes, en conséquence, furent prises et examinées par le Dr Buchanan et moi-même. Nous n'hésitâmes pas à reconnaître que la maladie était le favus, et l'examen microscopique montra nettement la présence de l'Achorion Schœnleini. »

Anderson raconte qu'à Glasgow les souris faviques étaient si nombreuses que les journaux politiques s'en émurent et que le *Glasgow Herald* demanda si elles ne pourraient pas empoisonner l'eau ou les aliments, et transmettre la maladie aux habitants.

Observation II. — « Une pauvre femme se présenta au dispensaire,

accompagnée de l'un de ses enfants, le 1er février 1864. Ils étaient l'un et l'autre affectés d'un favus des parties non pileuses du corps. Ils présentaient de petites plaques arrondies, caractéristiques, disséminées çà et là, sur quelques-unes desquelles on découvrait de nombreux godets faviques, montrant au microscope l'Achorion Schœnleini. Deux autres enfants de cette femme, et leur père également, étaient atteints de la même affection. Les souris étaient très nombreuses dans leur maison quelque temps auparavant, et ils avaient dû se procurer un chat qui les détruisit toutes. Je n'eus pas l'occasion de les examiner, mais le chat me fut apporté, et sur le haut des pattes de devant je trouvai de nombreux godets faviques non douteux. »

Observation III. — « Le 22 février 1864, je fus appelé par le Dr Thomas Bryce pour voir une famille qu'il soignait. Trois mois auparavant on avait pris dans la maison de ces gens de nombreuses souris avec lesquelles les enfants avaient beaucoup joué. Cinq semaines plus tard apparut, sur l'une des petites filles, une éruption qui se communiqua à une de ses sœurs, à sa mère, à un tout jeune enfant et à une petite fille qui travaillait dans l'établissement. Sur quelques unes des plaques on voyait nettement des godets faviques ; sur celles qui n'en présentaient pas, l'éruption correspondait à la variété décrite sous le nom de favus épidermique et dans les squames pullulaient les spores et le mycélium du parasite. A cette époque on n'avait pas pris de souris, mais quelques jours après ma visite, le Dr Bryce eut la bonté de m'en envoyer cinq, sur le dos de l'une desquelles je découvris, auprès de la queue, un godet favique caractéristique. Les flancs, les parties latérales de la tête et les oreilles des autres étaient rongés par la maladie. Les croûtes furent examinées au microscope et l'Achorion fut trouvé en grande abondance. Le Dr Bryce m'informait que les souris qu'il m'envoyait offraient le même aspect que celles avec lesquelles les enfants avaient joué. »

Rodet, en février 1873, rapporte l'observation de 3 cas de favus épidermique dans une même famille. « Le premier enfant avait été atteint de 2 plaques, l'une à la cuisse, l'autre à la jambe, 18 mois avant ; le 2e, il y avait 4 mois, d'une plaque à la cuisse ; le 3e, il n'y avait que quelques jours. » La bonne de ce dernier enfant avait elle-même été contagionnée. Dans la maison il n'y avait pas de chats, mais beaucoup de souris qui présentaient une maladie sur la tête.

En juin 1873, Horand présenta à la Société des Sciences médicales de Lyon, « une jeune fille âgée de 15 ans, atteinte d'un favus épidermique qui lui avait été communiqué par un chat ». Ce chat, atteint lui-même de favus, avait été contagionné par un rat et avait, de plus, transmis cette affection à une autre personne qui avait, comme la malade, l'habitude de le caresser et de le coucher avec elle.

A cette occasion, il fit connaître un 2e fait du même genre. Mme X... vint le consulter au mois de novembre 1872. Elle lui montra une plaque de favus sur la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras gauche.

Ce favus datait de 15 jours et était survenu 5 à 6 jours après avoir introduit la main dans une ratière contenant un rat qui présentait des

croûtes sur la tête. Cette dame portait en outre deux autres plaques plus récentes, l'une située au menton, et l'autre à la lèvre inférieure du côté droit. Sur aucune de ces 3 plaques il n'y avait de godets. Elles étaient seulement rouges et parsemées de petites croûtes et de lamelles. Le mari, qui avait touché la ratière, avait au front une plaque de même nature.

En 1875, Horand signala de nouveau le favus chez un enfant de 7 ans, qui avait été contagionné par un rat favique. (On avait vu ce rat se promener sur le linge et les vêtements du petit malade.) La mère, elle aussi, contracta la même affection en soignant son enfant.

En 1877, Poncet (de Lyon) présenta à la Société des Sciences médicales de Lyon, « une jeune fille atteinte d'une plaque de favus à la partie antérieure de l'avant-bras. La maladie aurait été transmise par des souris que la malade a enlevées d'une souricière. Trois semaines plus tard, elle vit se développer la lésion dont les produits examinés au microscope démontrèrent l'existence du champignon caractéristique ». Dans la séance suivante, il montra « une souris qui portait des plaques faveuses dans la conque de l'oreille gauche. Cette souris avait été prise dans la maison qu'habite la jeune fille. Il serait donc très probable que la contagion a eu lieu par les linges de corps sur lesquels ont dû se promener des souris atteintes de favus ».

Saint-Cyr, dont les recherches expérimentales sur la transmission du favus dans la série animale rendaient le témoignage précieux, appuya cette étiologie de quelques faits qui s'étaient passés à l'École vétérinaire de Lyon. « Sur plusieurs élèves il y eut contagion et presque épidémie par les souris. Ces souris étaient faveuses et une chambrée entière fut infectée. En faisant des recherches dans le placard qui contenait le linge de corps, on trouva des souris faveuses. Ainsi la contagion par cette espèce était démontrée évidente. »

En 1887, Quincke (de Kiel), dans une note sur le favus, publia deux observations dans lesquelles la contagion par la souris à l'homme était indubitable.

Observation I. — Lisbeth J..., âgée de 8 ans, lui fut amenée le 28 avril 1887; elle portait sur le corps deux plaques de favus qui renfermaient de nombreux godets faviques d'une couleur jaune soufre, et d'une largeur de 15-20 millim. Elles étaient entourées d'un cercle érythémateux de 8-10 millimètres de largeur, présentant quelques vésicules. Ces plaques avaient débuté 4 semaines plus tôt, par une tache rouge de la grosseur d'une tête d'épingle, dans le milieu de laquelle se forma un point jaune qui s'élargit peu à peu. Plusieurs plaques semblables apparurent dans le voisinage et ensuite se réunirent. On observa un léger prurit. Au microscope, aspect non douteux de favus. Dans les cultures on retrouva le microphyte α. Quincke en interrogeant les parents apprit que l'enfant allait jouer souvent dans

une grange et qu'il y avait là des souris. L'une d'elles fut prise et lui fut expédiée 4 semaines plus tard. Elle était atteinte de favus. Ultérieurement, d'autres souris furent encore prises ou entrevues qui étaient affectées de la même maladie. « Aussi d'après ce qui précède, dit cet auteur, il n'est presque pas douteux que le favus de l'enfant L. ne provînt des souris (ist es kaum zweifelhaft, dass der Favus des Kindes Lisbeth, von Mäusen acquiriert worden war). »

A cette occasion, il attribue à la même origine le favus qu'il avait observé en mars 1885 sur le cou d'un meunier qui portait fréquemment des sacs de blé sur ses épaules. De même pour celui qu'il rencontra bien des années avant sur la paupière d'une femme qui couchait dans une chambre où il y avait beaucoup de souris.

Observation II. — En juin 1887, on apporta à Quincke un chat qui présentait des croûtes de favus. Ce chat avait paressé dans une vieille cage à poule, où les souris étaient devenues abondantes. En réalité, on ne prit pas dans ce cas de souris faviques, mais cependant on doit admettre que le favus du chat provenaient indirectement de la souris (dass dieser katzenfavus indirekt von Mäusen stammte).

Désir de Fortunet, en octobre 1889, publia dans le *Lyon médical* l'observation d'une jeune fille qui portait sur la main gauche une plaque de favus épidermique. Ici, la contagion n'a pu être démontrée, mais c'est surtout dans les cas comme celui-ci qu'on doit avoir présents à la mémoire les aperçus de Dron et D. Mollière sur le mode de transport du contage favique : « Les rats atteints de favus, dit ce dernier, sont des êtres misérables et aveuglés par les produits parasitaires ; ils sont dépourvus de toute agilité et séjournent longtemps sur les linges placés dans les armoires ; ils peuvent ainsi communiquer d'autant plus facilement l'affection ». Or, la malade de Fortunet était modiste et avait fréquemment à remuer des chiffons renfermés dans des boîtes, et plus ou moins recouverts de poussière. Chez elle, nous trouvâmes la forme d'Achorion, à laquelle nous avons donné le nom d'Achorion Arloini, et qui correspond exactement à celle étudiée sur la souris.

Dans les quelques observations que nous venons de relater, on peut voir, nettement établis, deux points importants. Le premier, c'est l'acclimatement successif du champignon du favus sur la souris et le rat d'abord, puis chez l'homme ou les animaux domestiques qui ont été en contact avec ces souris ou ces rats ; le second, c'est l'existence dans ces cas d'une forme particulière de champignon, microphyte α (Quincke) Achorion Arloini.

Ces formes avaient été entrevues et partiellement décrites sur la souris par Friedreich (1858), Nicolaier (vers 1886) et Boehr (1887). Friedreich, en particulier, signale quelques différences entre les

deux formes : achorion modifié par un séjour sur l'homme et achorion de la souris ; mais avec raison il s'oppose à ce qu'on en fasse deux espèces distinctes (Und es dürfte darauss die Unzulassigkeit hervorgehen, fur die Maus eine eigene Species des Achorion statuiren zu wollen). Tout au plus, ajoute-t-il, on pourrait en faire chez la souris une variété minor à côté du champignon du favus de l'homme (Hochstens könnte man, wenn man wolte, eine Varietas minor (in mure) dem Menschlichen Favuspilze an die Seite stellen).

Pour nous résumer, nous dirons donc que l'observation nouvelle que nous avons recueillie, vient se joindre à celles de Draper, Anderson, Quincke et à celles si nombreuses de l'École lyonnaise, pour prouver que les muridés (souris et rats) sont le premier terrain sur lequel croît le champignon encore inconnu qui produit le favus. Sur ces animaux, il commence à modifier ses appareils mycéliens et engendre la forme qui dans les cultures devient l'Achorion Arloini. De la peau de la souris, qui est dépourvue de glandes sudoripares, dont la réaction acide est probablement très faible, dont la surface est recouverte fréquemment de substances azotées en putréfaction, et où la température est peu élevée, l'Achorion passe sur le chat, le chien, le lapin, le bœuf, le cheval, la poule, l'homme, dont le tégument externe a une réaction beaucoup plus acide, possède une température plus élevée, enfin réagit d'une façon différente contre l'invasion du parasite. Dans ce passage d'un animal à un autre, le champignon (1) change d'aspect, et après un séjour plus ou moins prolongé sur le nouveau milieu vivant où il se trouve, il prend une *forme* distincte. C'est ainsi qu'on a rencontré sur la souris la forme microphyte α (Quincke), très semblable à l'Achorion Arloini ; sur la poule la forme Epidermophyton gallinæ (Megnin) ; sur l'homme la forme Achorion Schœnleini (Remak). Nul doute, lorsque le favus sera mieux connu sur les autres animaux, qu'on ne trouve d'autres formes analogues aux précédentes.

(1) Il est probable que l'aspect normal de celui-ci sera encore altéré par l'existence ou l'absence de poils, leur épaisseur, leur structure et celle des parties cornées de l'épiderme, enfin par le genre d'existence des animaux, selon qu'ils vivent ou non dans l'obscurité, et dans des milieux plus ou moins humides.

DE LA
CHLORO-ANÉMIE SYPHILITIQUE ET MERCURIELLE

Par M. le professeur **Stoukovenkoff** (de Kiew).

Les modifications pathologiques du sang sous l'influence du virus syphilitique sur l'organisme humain, malgré son évidence, n'ont pas été jusqu'à ce jour tirées de l'obscurité.

L'anémie constitue un des phénomènes cliniques les plus fréquents dans l'infection syphilitique de l'organisme sain. Et pourtant les auteurs sont peu nombreux qui ont traité cette question. Les uns, Laache (1), Lezins (2), Any (3), Riganski (4), admettent la possibilité de la génèse de l'anémie par la syphilis; les autres, Caspari (5), Hayem (6), disent ne pas avoir de preuve positive du fait. Hayem ajoute que la question n'est pas facile à résoudre et que bien rares doivent être les cas d'anémie intense d'origine exclusivement syphilitique chez des sujets sains sous tous les autres rapports.

Est-on d'autre part bien mieux renseigné sur l'action qu'a sur le sang des syphilitiques le mercure? Tantôt il constitue une arme si puissante qu'elle est presque unique pour la lutte contre le mal syphilitique, tantôt il entraîne de graves accidents, toxiques et dépressifs.

En ce qui concerne la première de ces questions, les auteurs ne disposent que d'un nombre trop restreint de documents. Aucun d'eux n'a fait l'analyse du sang chez le même sujet, tous les jours et successivement à toutes les périodes de l'évolution de l'infection.

En ce qui touche le second point, nos connaissances précises se bornent presque aux résultats fournis par les expériences sur les animaux (Doubelir) (7), et à ceux de l'expérimentation chimique : Mélange-t-on du mercure et du sang, on peut rapidement constater la destruction des globules rouges par le métal (Polotebnew (8) et autres).

C'est en vue d'apporter des matériaux utiles à la solution de ces deux problèmes que j'ai dirigé les recherches de M. le D[r] Jelenew, un des médecins adjoints de ma clinique.

L'analyse quotidienne du sang a été faite de la manière la plus précise :

1) Dans la période de seconde incubation;

2) Dans la période des exanthèmes syphilitiques;

3) Dans la période du traitement mercuriel.

Les expériences ont été faites dans le laboratoire de ma clinique à

l'Université de Saint-Wladimir à Kieff, sur les malades permanents du service, soldats du reste bien portants, âgés de 21 à 31 ans.

Nous nous sommes proposé de rechercher et de déterminer les modifications qui surviennent dans la quantité des globules rouges et blancs ainsi que dans l'hémoglobine chez les syphilitiques, dès l'extrême début de la lésion initiale jusqu'à la manifestation certaine confirmée, de l'infection généralisée, c'est-à-dire jusqu'à l'apparition des exanthèmes, y compris leur période d'état, puis de régression spontanée. Nous avons observé en effet d'abord chez des sujets qui n'avaient jamais pris un atome de mercure; et ensuite, comparativement chez des sujets soumis au traitement mercuriel selon la méthode contemporaine : alternatives méthodiques d'injections sous-cutanées de préparations mercurielles solubles et de repos médicamentaux.

On trouvera le détail de ces expériences dans le travail du Dr Jelenew qui va paraître *in extenso* en langue russe.

Les procédés de recherches étaient les suivants :

La numération des globules rouges et blancs du sang était opérée dans la chambre humide graduée, construite par Vérick, de Paris, suivant l'indication de Malassez. Pour la distribution du sang dans le mélangeur, qui était exactement préparé dans le laboratoire chimique de l'Université, durant la numération des globules rouges, on employait 0,75 0/0 de la solution de chlorure de sodium, et pendant la numération des globules blancs, 1/3 0/0 de la solution d'acide acétique (d'après Thasnar).

L'examen de l'hémoglobine fut fait par la méthode spectrophotométrique sur l'appareil de Slan dont il est fait de très fréquentes et très importantes applications dans la clinique du Prof. W. Tcherkow (9). Ce professeur emploie cet appareil à cause de sa complète exactitude de préférence aux instruments analogues de Vierordt, d'Hüfner et à plus forte raison à celui de Fleischl. On se souvient que la recherche quantitative spectrophotométrique de l'hémoglobine est basée sur la relation prouvée de coefficient de l'affaiblissement de la lumière et de la concentration de la dissolution correspondant à ce coefficient. L'examen de l'hémoglobine fut fait au moyen de la seconde bande de l'oxyhémoglobine en couleur verte (D 66-68 E) et le calcul selon la table de Vierordt : C = A. a, c'est-à-dire la quantité de la substance égale au coefficient de l'affaiblissement de la lumière multiplié par le multiplicateur constant A. Le coefficient de l'affaiblissement est trouvé par la formule a = 2 lgtg — 2 lgtg où lgtg indique la grandeur de l'angle sur lequel il faut placer le disque de l'instrument de Slan pour obtenir la même intensité des spectres quand la solution examinée d'hémoglobine est posée devant la fente du spectrophotomètre, et la grandeur de l'angle désigné par le spectrophotomètre de Slawn avant l'introduction de la solution de l'hémoglobine rien qu'avec la lumière de la lampe.

Le multiplicateur constant (A) de notre instrument fut déterminé par le professeur Tcherkow, suivant la solution de l'hémoglobine propre. Il faisait 0,1156 pour désigner au moyen de la seconde bande de l'oxyhémoglobine en couleur verte, entre D 66 — 68 E.

Le sang, pour l'examen de l'hémoglobine était placé dans un mélangeur particulier exactement calibré et était agité avec 0.1 °/₀ de soude en proportion de 1 pour 200. Par suite de cette dissolution du sang (1 : 200) le produit reçu de A : a selon la formule ci-dessus citée est multiplié par 200; c'est alors que l'on peut obtenir le rapport du pourcentage (0/0) de l'hémoglobine.

Le sang était toujours pris à la même place, à la même heure pour chaque malade et avec tous les soins d'une antisepsie irréprochable, presque excessive. Les conditions d'alimentation et d'hygiène étaient celles des hôpitaux, c'est-à-dire identiques pour tous les malades.

L'exactitude ponctuelle et l'identité des conditions dans lesquelles étaient opérés la numération des globules du sang et l'examen de l'hémoglobine; d'autre part, le nombre et la fréquence des examens et des expériences devaient contribuer aussi beaucoup à diminuer les chances d'erreurs, tant accidentelles qu'inhérentes à la méthode même.

C'est dans ces conditions que le Dr Jelenew a examiné vingt-cinq malades, dont 20 ont été examinés chaque jour. Les 5 autres, présentant un intérêt moindre, n'ont pas subi autant d'analyses du sang.

Les malades examinés systématiquement sont divisés en trois groupes :

I. — Le 1er est composé de malades qui n'étaient pas traités par le mercure.

	ANALYSES DU SANG
1) N. S., du 14 avril au 27 juillet 1890............	98
2) A. D., du 2 mai au 23 mai 1890................	69
3) A. M., du 13 mai au 11 juin 1890	28
4) Tch., du 29 mai au 26 juillet 1890..	56
5) Tch. M., du 28 décembre 1890 au 28 février 1891.	51
6) L. Tch,. du 14 février au 18 avril 1891	61
	363

II. — Le 2e groupe comprend les malades soumis tous les jours aux injections *sous-cutanées* de la solution de benzoate de mercure (dont la formule a été publiée plusieurs fois dans les Annales et notamment en 1889).

	ANALYSES DU SANG
7) J. S., du 24 mai au 12 août 1890..............	76
8) D. P., du 30 — au 11 —	71
9) F. S., du 14 décembre 1890 au 23 février 1891...	60
10) E. W., du 23 décembre 1890 au 13 mars 1891...	75
11) W. M. — 29 — — 28 février — ...	51
12) D. Sch. — 3 janvier au 8 avril 1891	90
13) J. F. — 5 — 18 mars —	66
14) K. K. — 15 — 23 — —	58
15) W. O. — 20 — 8 — —	41
16) N. K. — 22 — 8 — —	42
17) Ch. N. — 21 février au 28 avril 1891...........	61
	691

III. — Dans le troisième groupe se trouvent ceux sur qui ont été pratiquées les injections profondes ou *intra-musculaires* du mélange d'oxyde jaune de mercure à 25 0/0 et d'huile de vaseline.

18) D. M., du 7 janvier 1891 au 13 mars 1891.	67
19) S. W., du 10 février au 28 avril 1891.....	74
20) S. R., du 20 février 1891 au 28 avril 1891.	61
	202

En somme, le Dr Jelenew a fait, chez 20 syphilitiques, 1,256 analyses de sang.

Le 2e groupe recevait, durant le traitement, des injections quotidiennes sous-cutanées de 1/5 de gramme par dose de solution à 1 0/0 de benzoate de mercure, de l'usage de laquelle je ne puis trop me louer depuis cinq années que j'y ai recours.

Le 3e groupe était soumis aux injections profondes d'oxyde jaune de mercure dans les proportions suivantes : un gramme de solution dans chaque fesse, c'est-à-dire 2 grammes par dose, avec des intervalles de 8 ou 10 jours.

Nous ne nous sommes pas contentés de déterminer la quantité des globules rouges et blancs du sang et de noter les variations de l'hémoglobine. Nous avons tenu compte, chaque jour et pour chaque malade, de la température, du poids, du pouls, de la respiration ; nous avons pris note également des sueurs, de la diarrhée, suivant les éventualités, et des divers autres épiphénomèmes, dont l'influence sur la composition du sang est pleinement établie (Leichtenstern) (10), (Malassez) (11), (Sasjecky) (12), (Tarchanow) (13).

Les sujets des dernières expériences, toutes accidentelles ou irrégulières, étaient : *deux*, dans la période latente de la syphilis 4 analyses du sang) (obs. XXIV et XXV) ; *deux*, dans le cours d'une syphilis grave (syphilis ulcéreuse, papulo-pustuleuse, avec ulcération profonde (ulcus induratum) de l'amygdale droite (obs. XXI et XXII)

(14 analyses du sang) ; et le cinquième en possession de syphilide tuberculeuse (obs. XXIII) (2 analyses du sang).

De toutes ces recherches, le Dr Jellenew tire les conclusions suivantes, sur les *altérations du sang des syphilitiques :*

A. *Période de la seconde incubation.* — 1° Les modifications de la quantité de l'oxyhémoglobine, des globules rouges et blancs, sont observées longtemps (par exemple vingt jours) avant l'apparition des exanthèmes.

2° Comme règle, il y a lieu d'admettre la décroissance évidente du pourcentage de l'*oxyhémoglobine* pendant toute la durée de la seconde incubation (16 malades sur 20).

3° La quantité des *globules rouges* diminue proportionnellement à l'oxyhémoglobine, le plus ordinairement quelques jours après que celle-ci a commencé à diminuer.

4° Le commencement de l'augmentation de la quantité des *globules blancs* doit être rapporté à la période de la seconde incubation. Il peut être la première manifestation de la dyscrasie syphilitique du sang et précède habituellement la diminution de l'oxyhémoglobine et des globules rouges.

5° Ces altérations du sang se montrent avec une plus grande intensité en rapport avec les paroxysmes fébriles qui précèdent parfois les exanthèmes et peuvent être considérées comme des sortes d'*auras* ou de phénomènes précurseurs.

B. *Période des syphilides.* — 6° Dans le cours des exanthèmes syphilitiques (roséole, papules, papulo-pustules, pustules), le pourcentage de l'oxyhémoglobine et des globules rouges continue à décroître au fur et à mesure qu'augmente la proportion des globules blancs.

7° L'oxyhémoglobine diminue avec plus d'évidence, dans la proportion de 4 à 6 %, d'après le spectrophotomètre de Slan, quand les éruptions sont accompagnées d'accès de fièvre. La diminution du pourcentage de l'hémoglobine et des globules rouges reste fixe et à son maximum pendant toute la durée des syphilides ; ou bien elle continue à décroître, soit à la période d'état des exanthèmes, soit en relation avec leur exacerbation, ou leurs récidives, et cela tant que le traitement spécifique n'intervient pas (obs. XI et XII).

Lors de la disparition graduelle des syphilides, le pourcentage de l'oxyhémoglobine remonte en général peu à peu à la normale ; mais il ne tarde pas à baisser de nouveau et *indépendamment de toute manifestation évidente nouvelle de la syphilis.*

8° Dans les cas où le traitement spécifique n'est pas prescrit, et lors des poussées de syphilides à répétition qui succèdent à l'exanthème primitif, on observe une nouvelle décroissance de l'oxyhémoglobine.

9° Pendant toute la durée des exanthèmes, la quantité des globules

rouges est diminuée. Cette diminution atteint son apogée, soit dans les premiers jours des éruptions, soit à la période où ces éruptions atteignent elles-mêmes leur plus grande intensité.

10° Il est digne de remarque que les courbes de décroissance de l'oxyhémoglobine et des globules rouges sont constamment en proportion directe l'une de l'autre.

11° Avant une nouvelle récidive des exanthèmes, accompagnée de fièvre, et pendant la récidive, la quantité des globules rouges diminue même considérablement, plus que lors du début de l'exanthème primitif.

12° L'augmentation de la quantité des globules rouges lors de la disparition de l'exanthème (non traité) s'observe rarement (obs. IV, VI).

13° La quantité des globules blancs pendant l'éruption des syphilides a doublé dans toutes les observations ; parfois même l'augmentation a été plus considérable encore.

14° Cette augmentation des globules blancs se réalise parfois très rapidement en rapport avec de nouvelles poussées ou avec l'exacerbation des exanthèmes, alors même qu'on ne pouvait encore percevoir aucune tuméfaction des ganglions lymphatiques superficiels.

15° A la période de disparition de l'exanthème ou lors de l'atténuation des syphilides, on n'observe pas de modifications sensibles dans la proportion des globules blancs, quand les malades sont traités par les injections quotidiennes de la solution de benzoate de mercure.

16° Six ou sept heures après la première injection du benzoate mercuriel, on observe *constamment* l'augmentation du pourcentage de l'oxyhémoglobine et de la quantité des globules rouges et la diminution du nombre des globules blancs.

17° Sous l'influence des premières injections (6-16) quotidiennes de la solution benzo-mercurique, la quantité du pourcentage de l'oxyhémoglobine, lors de la disparition de l'exanthème, augmente ordinairement jusqu'à retrouver le taux normal, tandis que dans les cas de complications telles que fièvre, diarrhée, etc, on observe la diminution du pourcentage de l'oxyhémoglobine. Ce phénomène peut même se produire très rapidement et avec une grande intensité (jusqu'à 3 °/o, obs. VII).

Dans la seconde moitié (16-30 injections) du traitement benzomercurique, le pourcentage de l'oxyhémoglobine dans la plupart des cas *diminue graduellement ;* mais après la cessation des injections du mercure, il peut revenir à la normale pendant 6 ou 8 jours (obs. VII et obs. VIII).

18° — La quantité des globules rouges augmente aussi dans la première moitié de la période des injections benzomercurielles (25-30). Pendant les injections suivantes, on observe un *décroissement graduel* avec des variations jusqu'à la fin du traitement et quelquefois, 3 ou 4 jours encore après la cessation des injections.

19° — L'augmentation de la quantité des globules rouges dans la moitié de la période du traitement mercuriel s'observe souvent en rapport avec l'atténuation de l'exanthème. Toutefois, s'il y a fièvre, gingivite, diarrhée, il y a prompte diminution, pourtant pas toujours.

20° — Après la cessation des injections mercurielles, la quantité des globules rouges, si elle était tombée vers la fin du traitement, augmente et peut revenir à la normale (en 6 ou 8 jours).

21° — La quantité des globules blancs diminue ordinairement durant les premières injections (jusqu'à 13) de benzomercure. Cette diminution correspond parfois à la diminution des manifestations syphilitiques ; mais vers la fin du traitement mercuriel apparaît une augmentation prompte de leur nombre.

22° — Six ou sept heures après la première injection du benzoate de mercure, et, aussitôt après un bain chaud d'une durée d'une demi-heure, s'observe la décroissance constante de la quantité des globules blancs. C'est au contraire leur augmentation qu'on observe dans les cas de l'apparition de la stomatite, de l'anorexie, etc.

C. — *En période du traitement* par des doses considérables (2 gr. par dose) d'oxyde jaune de mercure en suspension dans l'huile de vaseline.

23° — L'oxyhémoglobine et les globules rouges augmentent en grande quantité durant les quatre premiers jours après chaque injection, diminuent peu à peu jusqu'environ à partir du jour de l'injection suivante et après la troisième injection atteignent de nouveau le chiffre précédent.

24° — La quantité des globules blancs pendant le traitement par les hautes doses d'oxyde jaune de mercure décrit une courbe *flottante* de décroissement,

BIBLIOGRAPHIE

1. — Die Anæmie. Christiania, 1883, p. 54-60.

2. — Blatveränderongen bei der Anaemie der Syphilitischen. Inaug. Dissert. Dorpat, 1889.

3. — Société russe de syphiligraphie et de dermatologie. Séance du 26 janvier 1891· *Vratsch.*, 1891, N. S, p. 159-160.

4. — *Archiv. für Dermatol. et Syphiligr.*, 1892, H, I, p. 43-88. — *Pzeglad lexarexi*, 1891. N. 29, 30, 31.

5. — *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1878, N. 24, 25, 26.

6. — Du sang et de ses altérations anatomiques. Paris, 1889, p. 923-924.

7. — *Medizinsk. Wertuik*, 1863, N. 42, 43, 44. — *Virchow's Archiv.*, 1864, p. 35-51·

8. — *Militaire-Médicin Journal*, 1872, décembre. Dissertation, 1875. St-Pétersbourg.

9. — *Medicins. Obosr.*, 1890, N. 13, 14, 16.

10. — Untersuchungen über den Hämoglobingetalt des Blutes in gexund. und Kroux. Zuständen. Leipzig, 1878.

11. — De la numération des globules rouges du sang, etc. Paris, 1873.

12. — Collect. du prof. W. Monassein, III part.

13. — *Vratsch.*, 1880, 51 et suiv.

CHANCRELLES MULTIPLES. FIÈVRE HECTIQUE

TRAITEMENT PAR L'EAU CHAUDE

Par M. le Dr **E. Legrain.**

Observation. — Om..., 21 ans, acrobate, sans antécédents héréditaires dignes d'être notés, a eu l'influenza en 1890, et 2 blennorrhagies en 1889 et 1890. Une troisième blennorrhagie lui étant survenue au commencement de 1891, il n'avait plus eu de rapports sexuels depuis assez longtemps à cause de cette affection, quand, vers la fin d'octobre, cinq jours après un coït suspect, il aperçut une légère érosion douloureuse sur la partie antérieure droite du scrotum. Au bout de quelques jours, un ganglion unique, également douloureux, gros comme une noix, se montra dans l'aine droite.

C'est alors qu'un pharmacien intervint par un traitement bizarre qui eut son importance dans l'autoinoculation chancrelleuse consécutive : application de graisse sur le chancre, cataplasme sur le ganglion. Ce dernier fut ensuite couvert de six sangsues ; puis, de nouvelles applications de cataplasmes finirent après une douzaine de jours de traitement par faire suppurer le ganglion. Le pus se fit alors jour au dehors.

Je vois le malade pour la première fois le 13 novembre. C'est un homme de taille moyenne, bien musclé, les cheveux châtains, le teint peu coloré, anémié.

Le chancre du scrotum est en voie de réparation : il est alors grand comme une pièce d'un franc et la cicatrisation est commencée sur ses bords ; il est couvert à sa partie centrale, d'un léger enduit grisâtre. Le malade accuse de la douleur lorsqu'on presse le chancre entre les doigts.

Quant au bubon, il est ouvert depuis une huitaine de jours ; de plus, il est devenu manifestement chancrelleux ; les bords sont découpés, irréguliers; présentent une teinte grisâtre de mauvaise nature. Tout le pourtour de l'ulcération, qui a l'étendue d'une pièce de deux francs, est douloureux à la pression. Le pus qui s'en écoule est d'un jaune sale. Avec la sonde cannelée on peut reconnaître des décollements de la peau dans tous les sens sur une étendue d'un à deux centimètres.

Jusqu'alors le diagnostic ne pouvait être douteux ; le cas était classique, on était évidemment en présence d'un chancre simple, avec bubon devenu chancreux.

Le 15 novembre, le malade se plaint de vives douleurs dans les jambes surtout dans la jambe droite. Les deux jours précédents, le malade avait ressenti des démangeaisons dans les membres inférieurs et s'était fortement gratté.

Au moment où il accuse ces douleurs, il présente à la face antérieure des cuisses et sur les mollets, de petites macules rosées ; en certains endroits, ce sont de légères papules présentant bientôt en leur centre un petit soulèvement épidermique rempli d'un liquide louche.

Le 18. Les petites pustules se rompent ; à leur place se voient de petites pertes de substance à bords nets, absolument caractéristiques.

En même temps une fièvre intense s'allume. Les jours suivants, les ulcérations progressent, s'étendent en largeur et en profondeur.

Le 22. On peut compter sur les deux jambes une trentaine de chancrelles en pleine évolution. Quelques-unes apparaissent alors dans les aisselles où le malade s'était gratté peu de jours auparavant.

Dès l'apparition de ces chancrelles multiples, un traitement local énergique est institué : deux fois par jour les ulcérations sont lavées à la liqueur de Van Swieten et un pansement iodoformé est fait pour chaque chancrelle.

Malgré ce traitement, la fièvre à grandes oscillations qui avait débuté le 18 continue et ne s'arrête qu'au bout d'une dizaine de jours, alors que la poussée chancrelleuse se termine, et que presque toutes les ulcérations tendent à la cicatrisation. La température avait oscillé entre 37°,5 et 39°.

Le 29. Le malade, très anémié, commence à manger ; les ulcérations sont moins douloureuses à la pression ; leurs bords s'indurent légèrement comme toute chrancelle en voie de cicatrisation.

Le 2 décembre. Sans cause appréciable, le malade ressent de nouveau sur les membres inférieurs, sur le tronc, de vives douleurs, et on peut constater une seconde poussée chancrelleuse, cette fois presque généralisée.

Pendant plusieurs jours la température oscille de nouveau entre 39° le soir et 37°,5 le matin. Les phénomènes généraux deviennent très graves : le teint est blafard, la langue est sèche ; le malade est prostré.

Le 5. Je constate des signes d'intoxication par l'iodoforme ; les pansements sont alors faits à l'acide borique, et au salol.

Malgré deux pansements soignés par jour, les ulcérations n'ont aucune tendance à la cicatrisation.

A ce moment, le malade est littéralement couvert de chancrelles. Plusieurs photographies en sont prises. L'une des plus typiques que nous possédions est celle de la face externe du genou gauche qui présente une douzaine de chancres sur une surface s'étendant de cinq travers de doigt au-dessous du pli du jarret, à cinq travers de doigt au-dessus.

Les plaies devenant croûteuses, et le nombre de chancrelles augmentant sans cesse, j'eus l'idée d'essayer les bains très chauds, tant pour déterger les ulcérations que pour me rendre compte de l'efficacité de l'eau chaude dans le traitement du chancre mou.

Le 10, au soir, la température était de 38°.6. Le 11, dans la matinée le malade prit son premier bain ; la température du soir fut de 37°,8. Dès lors, la température redevint à peu près normale, et il se fit un changement à vue dans l'aspect des ulcérations.

Tous les jours, le malade fut mis dans un bain dont la température, au début de 30°, était peu à peu élevée à 39° par l'addition d'eau chaude. Les ulcérations qui avaient un mauvais aspect, étaient saignantes, à bords irréguliers, grisâtres, prirent en très peu de jours une teinte rosée ; le fond bourgeonna et la cicatrisation se fit dans l'espace de trois semaines.

En même temps le malade, qui avait diminué de 8 kilog, du 24 novembre au 9 décembre reprit peu à peu.

Pendant tout le traitement par les bains chauds, il y eut une apyrexie complète.

Réflexions. — Plusieurs points sont intéressants à examiner de près dans cette observation.

Tout d'abord le diagnostic ; au début, alors que le malade n'était porteur que de l'ulcération scrotale et du bubon suppuré, le diagnostic était simple. Les commémoratifs, la marche de l'affection, l'aspect typique des lésions, tout militait en faveur de la chancrelle classique apparue dans les délais ordinaires, après une période d'incubation de 3 à 4 jours. Mais, lorsqu'apparurent ces multiples ulcérations, surtout lors de la deuxième poussée, on pouvait se trouver embarrassé. Sous une autre latitude, on aurait pu songer à l'ulcère des pays chauds, au clou de Biskra, évoluant rapidement et se réinoculant sur un individu cachectique. Ce n'était pas le cas. L'auto-inoculation expérimentale était ici de la plus haute importance pour affirmer le diagnostic de chancrelles. Elle fut faite trois fois et trois fois elle réussit. Ces essais d'inoculation du pus des ulcérations au malade lui-même donnèrent lieu à des remarques intéressantes.

La première inoculation faite sur la face externe du bras gauche, le 22 novembre, donna lieu le 4e jour à la pustule caractéristique, qui se rompit bientôt en laissant à sa place une chancrelle typique de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

La seconde inoculation tentée le 2 décembre donna naissance à une chancrelle infiniment plus petite qui n'eut pas de tendance à s'étendre en largeur ni en profondeur. Quant à la troisième, faite le 10 décembre, elle eut pour résultat l'éclosion d'une petite chancrelle large comme un grain de mil. Ces différentes chancrelles furent cependant soumises au même traitement que celles déjà existantes ; aucune des trois n'eut de tendance au phagédénisme ; aucune ne prit le mauvais aspect que j'ai signalé chez celles dont le malade était déjà porteur.

Un second fait sur lequel j'appellerai l'attention, est la multiplicité des chancrelles développées sur ce malade. Lors de la première poussée, on pouvait en compter une trentaine sur les membres inférieurs, surtout sur la face antérieure de la cuisse droite. La raison de cette localisation est des plus simples : le malade, pansé d'une façon plus que sommaire et très peu soigneux de sa personne, laissait couler le pus de son bubon devenu chancreux sans précaution. Quelques grattages, à la suite de démangeaisons, suffirent pour produire l'inoculation simultanée en plusieurs endroits.

Lors de la seconde poussée de chancrelles, le nombre en augmenta d'une façon très considérable. De nouvelles apparurent aux membres inférieurs ; dans chaque aisselle il en survint plusieurs. Les bras furent relativement indemnes. La face n'en présenta aucune. Mais il y en eut sur le tronc, à la racine de la verge, sur le scrotum et les fesses.

Malgré la quantité énorme de chancrelles qui évoluèrent simultanément chez ce malade, les ganglions n'augmentèrent pas beaucoup de volume. Les quelques tuméfactions ganglionnaires perceptibles étaient à peine douloureuses.

Quant à la fièvre hectique dont fut pris le malade, elle ne peut guère s'expliquer que par la résorption des produits septiques élaborés au niveau des ulcérations, malgré les pansements iodoformés et boriqués. Les cultures faites avec le sang de ce malade, à plusieurs reprises, furent constamment stériles.

A aucun moment les urines ne continrent d'albumine.

L'existence de cette fièvre au cours de l'évolution de chancrelles multiples, n'étant pas un fait commun, on pouvait songer au début à une septicémie avec abcès viscéraux probables. L'examen bactériologique du sang tendait à écarter cette hypothèse. D'ailleurs, la chute de la fièvre dès le premier bain chaud était en faveur d'une fièvre de résorption, bien explicable par la quantité d'ulcérations dont le malade était porteur.

CATALOGUE DES MOULAGES

DE LA

COLLECTION GÉNÉRALE DU MUSÉE DE L'HOPITAL ST-LOUIS

Du 1er *juillet* 1889 *au* 1er *juillet* 1892

Par **Henri Feulard**

A l'occasion du Ier Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie tenu à Paris en août 1889, nous avons dressé le *Catalogue-inventaire* des moulages du Musée de l'hôpital Saint-Louis (1). De même, à l'occasion du IIe Congrès qui va se tenir à Vienne en septembre, nous avons voulu donner la suite de ce catalogue, indiquant les moulages entrés dans la collection depuis trois ans. Ces moulages, au nombre de 235, sont tous, sauf deux, dus au talent de notre habile mouleur, M. BARETTA.

H. F.

1451	vit. 69.	**Gomme syphilitique** ulcérée de la langue chez un malade tuberculeux.	FOURNIER	1889
1452	24.	**Lichen circonscrit.** — Flanc : creux poplité (*Observ. in* Ann. dermat., 1891, p. 107).	TENNESON	1889
1453	69.	**Syphilide mutilante** de la face, avec bifidité du lobe nasal (*Observ. in* Réunions clin. de l'hôp. St-Louis, p. 222).	HALLOPEAU	1889
1454	5.	**Épithélioma** à marche aiguë, développé à la face (*voir le n°* 1457, *même malade*), (*Observ. in* Réunions clin. de l'hôpit. St-Louis, p. 215).	VIDAL	1889
1455	100	**Ulcérations multiples phagédéniques** de nature douteuse : variété rare et non décrite de lupus ulcéreux ou ulcères phagédéniques du Brésil? — Bras (*voir les nos* 1412, 1413, *même malade*), (*Observ. in* Atlas internat. de mal. rares de la peau, fascicule IV, n° XII).	VIDAL	1889
1456	87	**Épithéliomatose pigmentaire.** — Synonymie (en 1890). Xeroderma. Hebra-Kaposi, 1870; nævus de forme rare, Geber, 1874; angiome pigmentaire et atrophique, R. W. Taylor, 1878; xeroderma de Hebra, Duhring, 1878; xeroderma pigmentosum, Kaposi, 1882; liodermie essentielle avec mélanose et télangiectasies, Neisser, 1883; dermatose de Kaposi, E. Vidal, 1883; mélanose lenticulaire progressive, Pick, 1884; atrophoderma pigmentosum, Radcliffe Crocker, 1884; maladie pigmentaire épithéliomateuse lentigo, épithéliomateux, Quinquaud, Barré, 1889; épithéliomatose pigmentaire, E. Besnier, 1890. — Face. (*Observ. communiquée par* G. THIBIERGE *au* Congrès international de dermatologie, 1889, *Comptes rendus*, p. 168-172).	E. BESNIER	1889

(1) In-8°, Paris, Steinheil, éditeur. Prix : 3 francs.

1457 5. **Épithélioma à marche aiguë**, développé à la face (*voir le n° 1454, même malade*). La maladie s'est terminée par la mort quelques jours après. — VIDAL — 1889

1458 34. **Mycosis fongoïde** à la période ulcérative. Coexistence des lésions typiques à tous les degrés, depuis la dermite eczématiforme figurée prémycosique, jusqu'aux tumeurs ramollies et ulcérées, en passant par toutes les périodes d'élévation et de formation de nodosités. Région thoracique antéro-supérieure gauche. — Homme de 50 ans, atteint de la maladie depuis 20 ans, soigné pour la première fois en 1875, service de M. Lailler, et sorti avec le diagnostic de Lichen (*voir le n°* 347). La période de cachexie a été de 18 à 20 mois ; jusque-là l'état général était resté très bon. — BESNIER — 1889

1459 7. **Chéloïdes** des lobules des oreilles; 3e récidive après deux ablations. — VIDAL — 1889

1460 8. **Dermatite pustuleuse chronique** à progression excentrique. — Régions abdominale et génitale (*voir les nos* 1461 *et* 1469, *même malade*), (*Observ. communiquée par* H. FEULARD *au* Congrès international de dermatologie, 1889. *Comptes rendus*, p. 359, *et publiée par* H. HALLOPEAU *in* Atlas internat. des mal. rares de la peau, fasc. III, n° VII). — FOURNIER — 1889

1461 8. **Dermatite pustuleuse chronique** à progression excentrique. — Face (*voir les nos* 1460 *et* 1469, *même malade*). — FOURNIER — 1889

1462 34. **Mycosis fongoïde.** — Jambe (*voir le n°* 1463, *même malade*). — HALLOPEAU — 1889

1463 34. **Mycosis fongoïde.** — Main (*voir le n°* 1462, *même malade*). — HALLOPEAU — 1889

1464 87. **Xeroderma pigmentosum.** — Face; main ; fille de 10 ans (*Observ. communiquée au* Congrès internat. de dermat. 1889, *Comptes rendus*, p. 163). — QUINQUAUD — 1889

1465 43. **Psoriasis** circiné simulant une dermatose parasitaire. — Région thoracique. — BROCQ suppléant M. E. BESNIER — 1889

1466 84. **Lymphangiome pachydermique circonscrit.** — Dermato-lymphangiome circonscrit, en nappe, développé depuis l'enfance sur un nævus vasculaire, sous-tendu par une base pachydermique; évoluant par poussées successives, fébriles, à la manière de l'éléphantiasis (Lymphangiome pachydermique ou pachydermie lymphangiomateuse). — Région thoracique (*voir le n°* 1532, *même* — BESNIER — 1889

		malade). Jeune homme de 17 ans, né à l'île Maurice, et de race anglaise. — Le sang, examiné la nuit, par Darier, et pris, soit au doigt, soit au lymphangiome, ne contient pas de filaires (*Observ. publiée dans les* notes *de la seconde édition française de* Kaposi, 1881, p. 380 et suiv.		
1467	96.	**Cal vicieux** à la suite de 7 fractures itératives de la jambe (*voir le n° 1496, même malade après l'opération*).	LE DENTU	1889
1468	25.	**Lichen plan**. — Main.	BROCQ suppléant M. E. VIDAL	1889
1469	8.	**Dermatite pustuleuse chronique** à progression excentrique. — Région abdominale (*voir les n°s* 1460 *et* 1461, *même malade*).	HALLOPEAU	1889
1470	91.	**Polydactylite suppurative chronique** chez un malade atteint depuis sa jeunesse, d'asphyxie locale des extrémités. — Main droite (*voir le n°* 1495, *même malade*) (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syph., 1890, p. 39).	HALLOPEAU	1889
1471	5.	**Acné sébacée partielle**, de Cazenave et Chausit ; épithélioma consécutif. — Face.	FOURNIER	1889
1472	76.	**Hydrargyrie de cause externe** ; éruption érythémateuse et eczématiforme provoquée par des frictions d'onguent mercuriel faites en dehors de l'hôpital. — Bras droit (*voir le n°* 1473, *même malade*).	FOURNIER	1889
1473	76.	**Hydrargyrie de cause externe** (*voir le n°* 1472, *même malade*).	FOURNIER	1889
1474	96.	**Cal difforme et douloureux** à la suite d'une fracture des deux os de la jambe datant de 15 mois.	LE DENTU	1889
1475	15.	**Érythème hydroïque**. — Main gauche, face palmaire.	QUINQUAUD	1889
1476	8.	**Dermatose bulleuse** congénitale avec cicatrices indélébiles, nodules épithéliaux, lésions trophiques des ongles (onychogryphose). — Main, cou, oreille (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syph., 1890, p. 3).	HALLOPEAU	1889
1477	94.	**Dystrophie cutanée pigmentaire et papillaire** datant de 6 mois chez une malade atteinte de cancer (*Acanthosis nigricans* de Pollitzer). — Genou, nuque.	DARIER	1889
1478	35.	**Nævus verruqueux** systématisé zostéroïde. — Cuisse, région postérieure	BESNIER	1889

1479	40.	**Prurigo**. — Bras droit.	HALLOPEAU	1889
1480	34.	**Mycosis fongoïde**. — Cuisse gauche (*voir les nos* 1180, 1243, 1295, *même malade*), (*Observ. publiée par* BRUCHET, *in* Réunions clin. de l'hôp. St-Louis, 1889, p. 169).	FOURNIER	1889
1481	96.	**Cal vicieux du fémur** (fracture oblique sus-condylienne). — Avant opération (*voir le n°* 1498, *même malade après l'opération*).	LE DENTU	1890
1482	55.	**Syphilide érythémateuse** en anneau; roséole annulaire tardive. — Hanche gauche.	HALLOPEAU	1890
1483	94.	**Séborrhée noirâtre** (*Acanthosis nigricans* de Pollitzer), pseudo-ichtyose, datant de six mois chez une vieille femme atteinte d'un cancer de l'estomac. — Abdomen.	HALLOPEAU	1890
1484	25.	**Lichen plan** miliaire. — Régions mammaires.	HALLOPEAU	1890
1485	83.	**Ulcère variqueux**. — Jambe droite.	FOURNIER	1890
1486	17.	**Herpès** récidivant. — Joue droite.	FOURNIER	1890
1487	31.	**Épithéliome** développé sur un **lupus**. — Joue droite. Homme de 51 ans. Le lupus date de 22 ans; il a été peu traité, particulièrement n'a jamais été cautérisé par le feu.	BESNIER	1890
1488	83.	**Urticaire pigmentaire**; forme anormale maculeuse; l'irritation des plaques provoque leur saillie; pas de poussées spontanées, pas de prurit. — Région dorsale.	QUINQUAUD	1890
1489	25.	**Lichen plan** en nappe. — Jambe gauche (*voir le n°* 1011, *même malade*), (*Observ. publiée in* Bull. derm. et syph., 1890, p. 36).	HALLOPEAU	1890
1490	60.	**Syphilide psoriasiforme** remarquable par l'épaisseur et l'aspect plâtreux des plaques. — Jambe gauche.	FOURNIER	1890
1491	59.	**Glossite syphilitique**, forme desquamative, remarquable par l'épaisseur et l'intensité de la desquamation (*voir le n°* 1493, *même malade*).	FOURNIER	1890
1492	36.	**Gale pustuleuse**. — Bras droit. Type de gale pustuleuse commune; pièce d'étnde.	BESNIER	1890

1493	59.	**Glossite syphilitique**, forme desquamative. — Après 8 jours de traitement (*voir le n°* 1491, *même malade avant le traitement*).	FOURNIER	1890
1494	5.	**Épithéliome** végétant, corné. — Lèvre inférieure.	HALLOPEAU	1890
1495	91.	**Polydactylite suppurative** chronique, chez un malade atteint depuis sa jeunesse d'asphyxie locale des extrémités. — Poussée éphémère ; pied droit (*voir le n°* 1470, *même malade*).	HALLOPEAU	1890
1496	96.	**Cal vicieux** à la suite de 7 fractures itératives de la jambe. — Après traitement opératoire (*voir le n°* 1467, *même malade avant l'opération*).	LE DENTU	1890
1497	27.	**Lichen plan** ; lichen plan typique de la main ; lichen corné de la jambe ; lichen de la langue et de la cavité buccale (*Observ. publiée par* H. FEULARD, *in* Bull. Soc. derm. et syphil., 1890, p. 15).	FOURNIER	1890
1498	96.	**Cal vicieux** du fémur (fracture oblique sus-condylienne). — Après opération (*voir le n°* 1481, *même malade avant l'opération*).	LE DENTU	1890
1499	23.	**Lèpre érythémateuse et maculeuse.** — Coude et avant-bras droit (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syphil., 1890, p. 120).	QUINQUAUD	1890
1500	76.	**Dermatose bulleuse trophonévrotique**. — Main droite.	TENNESON	1890
1501	48.	**Morphée**. — Type de morphée du sein chez une femme de 32 ans.	BESNIER	1890
1502	35.	**Nævi angiomateux** (verrues molles, endothéliomes, adénomes sébacés, nævi sébacés télangiectasiques, etc.) avec télangiectasies et lentigo et coexistence d'autres nævi (molluscum particulièrement) chez un idiot épileptique, âgé de 17 ans. — Face.	BESNIER	1890
1503	25.	**Lichen plan** miliaire. — Région mammaire et pli du coude (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syphil., 1890, p. 16.	FEULARD	1890
1504	94.	**Vergetures de la peau ; stries atrophiques**. — Cette pièce représente des vergetures symétriques de la peau des deux seins développées depuis moins de 3 mois chez une jeune fille de 17 ans. Elles sont à la période de formation, violâtres, d'aspect translucide ; à leur surface, le niveau est légèrement déprimé et la peau amincie, lisse, plissée ; aucune cause, comme maladie, ni grossesse, ni augmentation ou diminution d'embonpoint, etc., etc.	BESNIER	1890

1505	5.	**Épithéliome** ulcéré de la région malaire chez une vieille femme de 90 ans. — La paupière inférieure est comprimée par la tumeur ; mais elle est indemne ainsi que l'œil.	BESNIER	1890
1506	83.	**Ulcère variqueux.** — Jambe gauche.	FOURNIER	1890
1507	69.	**Syphilome végétant** de la langue (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syph., 1890, p. 159 et 249).	HALLOPEAU	1890
1508	16.	**Folliculites**. — Folliculites érodantes, groupées, de nature non déterminée, évoluant par poussées, en même temps que se produisent des sensations douloureuses, régionales chez une jeune fille de 22 ans. On trouvera représentées sur les oreilles, le coude, la région antibrachiale postéro-inférieure, la région fessière les lésions à tous les degrés, depuis la nodosité initiale rouge, la nécrose blanche centrale, l'érosion cupulaire avec ou sans croûtelles, jusqu'aux régressions de cicatrisation, aux cicatrices avec leur centre anatomique et leur halo pigmentaire et aux pertes de substance de l'ourlet des pavillons. Aucune médication n'a paru agir, la guérison des éléments a été obtenue seulement par cautérisation galvanique et les poussées ont paru cesser par extinction graduelle. (*Observ. recueillie par* M. DE ST-GERMAIN (LOUIS) *et publiée dans le mémoire de* BARTHÉLEMY *sur l'acnitis,* Annales de derm. et de syphiligr., 3e série, t. II, 1891, p. 33 et suiv).	BESNIER	1890
1509	53.	**Chancre syphilitique** de l'anus, développé sur un bourrelet hémorrhoïdal.	HALLOPEAU	1890
1510	45.	**Psoriasis** des ongles, chez un homme de 30 ans atteint de psoriasis classique.	QUINQUAUD	1890
1511	88.	**Ulcérations du gland**, consécutive à des cautérisations de végétations faites avec l'acide chromique, et simulant des **chancres syphilitiques**.	FOURNIER	1890
1512	94.	**Pigmentation** de la région du cou et de l'aisselle chez une jeune fille très brune, en dehors de toute altération pathologique.	FOURNIER	1890
1513	93.	**Farcinose cutanée**. — Farcinose mutilante du centre de la face chez un jeune palefrenier de 25 ans. Cette pièce montre particulièrement le processus gommeux des nodules farcineux qui laissent à leur place des pertes de substance à l'emporte-pièce (*voir le n°* 1571, *même malade, quelques mois plus tard*), (*Observ. publiée in* Bull. Soc. de derm. et syph., 1891, p. 184 et suiv.).	BESNIER	1890

1514	94.	**Chloasma** de la face chez une femme de la campagne, en dehors de la grossesse.	FOURNIER	1890
1515	36.	**Atrophie cutanée** partielle congénitale de la jambe droite. Chez le même sujet, **Papillome végétant** des régions inguinales et crurales. — Disposition congénitale au papillome. Récidive de papillome à la suite d'intertrigo. Homme de 28 ans (*Observ. in* Registre B.).	VIDAL	1890
1516	61.	**Syphilide papulo-squameuse** de la jambe, remarquable par la teinte livide de l'éruption.	FOURNIER	1890
1517	11.	**Lésions érythémato-vésiculeuse** avec cocci très virulents déterminant la mort d'un lapin en 36 heures; le sang ni les urines n'en contenaient.	QUINQUAUD	1890
1518	11.	**Lésions de la gale**, placard de lichénisation périombilicale. — Vésico-papules prurigoïdes.	QUINQUAUD	1890
1519	82.	**Lymphangiectasie suppurative** d'origine tuberculeuse. — Pied gauche; Même type clinique que celui de la pièce n°s 281-358-394, intitulée *varices lymphatiques* (*voir le n°* 1520, *même malade*), (*Observ. publiée par* HALLOPEAU et GOUPIL *in* Ann. derm. et syph., 1890, p. 957, et Bull. Soc. derm. et syph., 1890, p. 173, 205 et 207; 1891, p. 89).	HALLOPEAU	1890
1520	82.	**Lymphangiectasie suppurative** d'origine tuberculeuse. — Jambe gauche (*voir le n°* 1519, *même malade*).	HALLOPEAU	1890
1521	5.	**Épithéliome** térébrant. — Face. — Femme de 42 ans.	BROCQ suppléant M. E. BESNIER	1890
1522	69.	**Gomme syphilitique de la voûte palatine** incisée en ville, sur le point d'éliminer son tourbillon.	FOURNIER	1890
1523	21.	**Hyperkératose.** Cornes cutanées planes. — Lésions trophiques symétriques. Main et pied droits (*voir le n°* 1544, *même malade*).	VIDAL	1890
1524	94.	**Mélanodermie papillomateuse cachectique** (*Acanthosis nigricans* de Pollitzer). — Régions vulvaire. Femme de 42 ans atteinte d'un cancer de l'estomac (*voir les n°s* 1525 *et* 1529, *même malade*).	VIDAL	1890
1525	94.	**Mélanodermie papillomateuse cachectique** (*Acanthosis nigricans de Pollitzer*). — Régions mammaire et axillaire droites (*voir les n°s* 1524 *et* 1529, *même malade*).	VIDAL	1890

1526 38. **Trichophytie circinée.** — Avant-bras. QUINQUAUD 1890

1527 68. **Syphilides ulcéreuses** développées sur les cicatrices d'anciennes syphilides. Brides cicatricielles au pli du coude; éruption pustuleuse artificielle. — Bras gauche. HALLOPEAU 1890

1528 90. **Angiokératomes** des mains. TENNESON 1890

1529 94. **Mélanodermie papillomateuse cachectique** (*Acanthosis nigricans* de Pollitzer. — Régions mammaire et axillaire droites (*voir les nos* 1524 *et* 1525, *même malade*). VIDAL 1890

1530 34. **Mycosis fongoïde.** — Tumeur ulcérée volumineuse de la région sous-claviculaire gauche ayant disparu spontanément en un mois et demi (pansement avec la poudre d'aristol) (*voir les nos* 1180, 1243, 1295, 1531, *même malade*). FOURNIER 1890

1531 34. **Mycosis fongoïde.** — Tumeur en voie de développement de la région axillaire. Peu après de nouvelles tumeurs se sont développées, et le malade est mort cachectique dans le courant du mois de juillet 1891 (*voir les nos* 1180, 1243, 1295, 1530, *même malade*). FOURNIER 1890

1532 84. **Lymphangiome pachydermique circonscrit.** — Dermatolymphangiome circonscrit en nappe développé depuis l'enfance sur un nævus vasculaire, sous-tendu par une base pachydermique évoluant par poussées succesives, fébriles, à la manière de l'éléphantiasis. (Lymphangiome pachydermique, ou pachydermie lymphangiomateuse) (*voir le no* 1466, *même malade*). Jeune homme de 17 ans, né à l'île Maurice et de race anglaise. Le sang examiné la nuit par Darier et pris, soit au doigt, soit au lymphangiome, ne contient pas de filaires (*Observat. dans les* notes *de la seconde édition française de* Kaposi, 1891, p. 380 et suiv.). BESNIER 1890

1533 41. **Pityriasis rubra pilaire** à placards multiples; grand placard au niveau de l'épaule; grains pilaires disséminés. Homme de 38 ans. QUINQUAUD 1890

1534 16. **Folliculites** indéterminées avec petites croûtes transparentes, dures et d'apparence cornée. L'éruption a duré près de deux mois; jeune fille de 13 ans ayant eu une éruption semblable l'année précédente. VIDAL 1890

1535 53. **Chancre syphilitique** de la verge. — Le chancre ne s'accompagnait pas d'adénopathie; mais le malade a eu dans la suite les accidents secondaires. FOURNIER 1890

1536	1.	**Acné comédon** remarquable par sa confluence. Région antérieure du thorax. — Pièce d'étude (*voir le n° 1537, même malade*).	FOURNIER	1890
1537	1.	**Acné comédon.** — Région du dos (*voir le n° 1536, même malade*).	FOURNIER	1890
1538	35.	**Nævus multiforme** ; télangiectasie, atrophie cutanée, plaque stéatosique. — Bras gauche.	BROCQ suppléant M. BESNIER	1890
1539	16.	**Érythème polymorphe**, variété hémorrhagique. — Main droite.	FOURNIER	1890
1540	32.	**Lupus exanthématique en foyers multiples**. — Bras droit (*Observ. in* Bull. Soc. derm. et syph., 1890, p. 220; 1891, p. 389).	HALLOPEAU	1890
1541	29.	**Tuberculose cutanée.** — Lupus ulcéreux éléphantiasique. Ichtyose secondaire cornée. Pied gauche (*voir le n° 674, même malade présentant en 1880 la lésion à un degré moins avancé*).	VIDAL	1890
1542	54.	**Chancre syphilitique du doigt.** — Index gauche (*Observ. publiée par* H. FEULARD *in* Annales de derm. et syph., 1892, p. 807, n° 14).	FOURNIER	1890
1543	16.	**Folliculites généralisées et disséminées : (Acnitis).** — Face (*Observ. publiée par* BARTHÉLEMY *in* Annales de derm. et syph., 1891, p. 18).	BESNIER	1890
1544	21.	**Hyperkératose.** — Cornes cutanées planes. Lésions trophiques symétriques. Genou (*voir le n° 1523, même malade*).	VIDAL	1890
1545	33.	**Molluscum fibreux.** Fibrome molluscum. — Sein gauche.	HALLOPEAU	1890
1546	25.	**Lichen plan** des lèvres. — **Lichen plan** du pied (*Observ. publiée par* H. FEULARD, *in* Bull. Soc. derm. et syphil., 1890, p. 209. Observ. II de la communication).	FOURNIER	1890
1547	53.	**Chancre syphilitique** double de la verge.	QUINQUAUD	1890
1548	35.	**Nævus kérato-pilaire** (*Observ. publiée in* Bull. Soc. clinique de Paris, 1890).	HALLOPEAU	1890
1549	66.	**Gommes syphilitiques**, avec croûtes rupioïdes. — Région du dos.	BROCQ suppléant M. BESNIER	1890
1550	42.	**Pityriasis circiné et marginé.** — Région thoracique et cervicale antérieure.	QUINQUAUD	1890

1551	87.	**Xanthélasma multiple plan et tubéreux** périfolliculaire sur plusieurs régions chez un rhumatisant non glycosurique. — Région fessière. Main gauche, face palmaire (*voir le n°* 1552, *même malade*), (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syph., 1891, p. 4).	VIDAL	1890
1552	87.	**Xanthélasma multiple plan et tubéreux** périfolliculaire sur plusieurs régions chez un rhumatisant non glycosurique. — Région du flanc gauche (*voir le n°* 1551, *même malade*).	VIDAL	1890
1553	24.	**Lichen chronique corné.** — Poussée érythémateuse intermittente et violente. — Genou gauche, bras gauche (*voir les n°s* 1030 *et* 1598, *même malade*).	QUINQUAUD	1890
1554	26.	**Lichen plan circiné.** — Épaule.	HALLOPEAU	1890
1555	14.	**Érythème polymorphe** simulant un lichen. — Cuisse.	HALLOPEAU	1890
1556	54.	**Chancre syphilitique** géant du sein.	QUINQUAUD	1890
1557	5.	**Épithéliome végétant** de la langue.	HALLOPEAU	1890
1558	69.	**Syphilide gommeuse** infiltrée de la face.	QUINQUAUD	1890
1559	95.	**Ulcérations** des seins (**chancres syphilitiques probables**), chez une nourrice. La malade a quitté l'hôpital avant qu'on ait pu constater l'apparition des accidents secondaires.	FOURNIER	1890
1560	28.	**Lupus exedens végétant** du nez ; lupus tuberculeux de la joue.	QUINQUAUD	1890
1561	32.	**Lupus érythémateux.** — Face.	HALLOPEAU	1890
1562	35.	**Nævus verruqueux** du bras gauche.	FEULARD	1890
1563	15.	**Hydroa simplex** ; hydroa vésiculeux de Bazin ; herpès iris de Bateman. — Genou.	VIDAL	1890
1564	66.	**Syphilide gommeuse** ulcérée de la région abdominale inférieure simulant un chancre syphilitique phagédénique.	FOURNIER	1890
1565	9.	**Dermatite herpétiforme** en cocarde. — Région thoracique (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syph., p. 250).	HALLOPEAU	1890
1566	29	**Tuberculose cutanée. Lupus scléreux verruqueux.** Bras droit (*voir le n°* 1567, *même malade*).	VIDAL	1890

1567	29.	**Tuberculose cutanée. Lupus scléreux verruqueux.** — Main gauche (*voir le n° 1566, même malade*).	VIDAL	1890
1568	68.	**Gomme syphilitique** de la cuisse. — Vaste tumeur gommeuse ulcérée ayant été confondue avec une tumeur maligne et sur le point d'être opérée ; syphilis ignorée (*Observ. publiée par* H. FEULARD *in* Bull. Soc. dermat. et syph., 1891, p. 34).	FOURNIER	1891
1569	4.	**Bouton des pays chauds.** Malade revenant de Biskra. — Genou, pied gauches.	VIDAL	1891
1570	61.	**Syphilides papuleuses**, confluentes de l'aréole des deux seins. Variété rare.	FOURNIER	1891
1571	93.	**Farcinose cutanée.** — Farcinose mutilante de la face chez un jeune palefrenier de 25 ans. On remarquera sur cette pièce : 1° que les perforations qui existaient six mois auparavant (*voy. pièce* 1513) sont, en grande partie, comblées, mais que, à leur périphérie, évoluent de nouveaux nodules gommeux qui sont à la période d'élimination, et forment des cupules cavernulaires récentes ; 2° sur la grande mutilation naso-labiale, en dedans de la zone périphérique d'infiltration livide, on remarquera la série associée des cavernules farcineuses, et des bourgeonnements de réparation avec ébauches cicatricielles, formant un mélange caractéristique de lobules, de mamelons, de capsules ; 3° en éclairant convenablement la pièce, on verra la voûte du palais d'un rouge intense, ponctuée d'un grand nombre de points cicatriciels déprimés, et couverte d'une série de cavernules gommeuses cupulaires, isolées ou réunies, et formant alors des ulcérations à fond jaune purulent, polycyclique (*Observation, zoopsie et bactériologie in* Bulletin de la Soc. franç. de dermatologie, avril 1891, p. 184 et suiv.).	BESNIER	1891
1572	28.	**Lupus vulgaire du centre de la face.** — Forme subaiguë, ulcérante et mutilante. Infiltration très profonde. La maladie, peu traitée, date de trois années. Le sujet est un enfant de 12 ans.	BESNIER	1891
1573	93.	**Leucoplasie linguale** chez un homme de 22 ans, non syphilitique.	FOURNIER	1891
1574	54.	**Chancre syphilitique** double de la langue.	QUINQUAUD	1891
1575	18.	**Zona cervical** chez une femme de 61 ans. — Pièce d'étude.	FEULARD	1891

1576	76.	**Éruption pustuleuse acnéiforme** provoquée chez un malade atteint de psoriasis intense par des onctions au glycérolé d'amidon (il n'y a pas eu emploi d'huile de cade). — Cuisse (*voir le n° 1684, même malade*).	FOURNIER	1891
1577	76.	**Éruption médicamenteuse. Éruption pustuleuse** provoquée par un emplâtre de thapsia. — Pièce d'étude. Région antérieure du thorax.	FOURNIER	1891
1578	27.	**Lichen plan** ; lichen hypertrophique corné. — Jambe gauche.	TENNESON	1891
1579	34.	**Mycosis fongoïde** à différents degrés d'évolution. — Bras gauche.	HALLOPEAU	1891
1580	64.	**Syphilide psoriasiforme** remarquable par l'épaisseur et la teinte nacrée des squames, simulant le psoriasis rupiforme d'Anderson, au plus haut point.	FOURNIER	1891
1581	53.	**Chancres syphilitiques** avec bourrelet périphérique. — Verge.	QUINQUAUD	1891
1582	53.	**Chancre syphilitique**, à surface granuleuse.	QUINQUAUD	1891
1583	54.	**Chancre syphilitique** du pouce droit datant d'un mois.	DU CASTEL	1891
1584	35.	**Nævi cornés** palmaires et plantaires, localisés aux orifices sudoripares. — Pied droit (*Observ. publiée par* HALLOPEAU et CLAISSE *in* Bull. Soc. derm. et syph., 1891, p. 116).	HALLOPEAU	1891
1585	75.	**Dermite contusiforme**, lésion professionnelle des ouvriers raffineurs produite par l'action répétée sur la peau du pain de sucre chaud.	QUINQUAUD	1891
1586	68.	**Syphilide tertiaire** de la face. — Syphilome ulcéré.	QUINQUAUD	1891
1587	48.	**Sclérodermie** ; morphée en plaques très étendues. — Région du flanc droit.	HALLOPEAU	1891
1588	90.	**Hypertrophie congénitale** de la main (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syph., 1891, p. 93).	DU CASTEL	1891
1589	42.	**Pityriasis rosé** remarquable par la dimension des éléments éruptifs chez une malade atteinte de syphilide secondaire. — Région du flanc gauche.	FOURNIER	1891
1590	59.	**Syphilide acnéiforme**. — Syphilis datant de un mois et demi chez un homme de 30 ans, alcoolique.	FOURNIER	1891

1591	85.	**Verrues planes** du menton.	DU CASTEL	1891
1592	54.	**Chancres syphilitiques** des avant-bras développés sur des lésions de gale. — Coude droit (*Observ. publiée par* H. FEULARD *in* Bull. Soc. de derm. et syph., 1891, p. 97).	FOURNIER	1891
1593	88.	**Psorasis** du gland.	FOURNIER	1891
1594	61.	**Syphilide lenticulaire.** — Forme atrophiante. Région mammaire gauche.	HALLOPEAU	1891
1595	24.	**Lichen simplex** de Vidal. — Cou.	HALLOPEAU	1891
1596	16.	**Folliculite** papulo-tuberculeuse et confluente de nature indéterminée. — Face (*Observ. publiée par* HALLOPEAU et CLAISSE *in* Bull. Soc. derm. et syphil., 1891, p. 205).	HALLOPEAU	1891
1597	53.	**Chancres syphilitiques** ou ecthyma chancroïde. — Avant-bras gauche (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syph., 1891, p. 248).	DU CASTEL	1891
1598	24.	**Lichen chronique corné anomal** — Poussées congestives intermittentes et violentes. On ne trouve nulle part les lésions histologiques des néoplasies syphilitiques ou tuberculeuses. — Guérison presque complète (*voir les nos* 1530 et 1553, *même malade*).	QUINQUAUD	1890
1599	90	**Fibromes multiples nodulaires** des extrémités. — Diagnostic histologique. Fibrome fasciculé. — Mains.	QUINQUAUD	1891
1600	87.	**Xanthome vrai** chez un diabétique. — Face, fesse et main.	DARIER	1891
1601	32.	**Lupus érythémateux** du cuir chevelu chez un jeune homme de 17 ans.	FOURNIER	1891
1602	14	**Érythème polymorphe.** — Cou. Placards circinés sur plusieurs points ; petites vésicules sur le cou. Le cuir chevelu était le siège de lésions analogues.	QUINQUAUD	1891
1603	76.	**Toxicodermie iodo-potassique.** — (*Observ. publiée par* H. FEULARD *in* Bull. Soc. derm. et syph., 1891, p. 259.)	FOURNIER	1891
1604	61	**Syphilides papuleuses en cocardes.** — Epaule (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syph., 1891, p. 251).	HALLOPEAU	1891
1605	90.	**Hypertrophie congénitale** de la main (*Observ. publiée in* Bull. Soc. de derm. et syph., 1891, 128).	RICHARDIÈRE	1891

1606	81.	**Tuberculose cutanée.** — Tuberculose scléreuse verruqueuse. Lupus scléreux verruqueux de Vidal. — Cou.	FOURNIER	1891
1607	81.	**Tuberculose cutanée.** — Tuberculose scléreuse verruqueuse. Lupus scléreux verruqueux de Vidal. — Coude.	FOURNIER	1891
1608	14.	**Érythème annulaire** hémorrhagique. — Région abdominale.	HALLOPEAU	1891
1609	54.	**Chancre syphilitique** de la cuisse.	FOURNIER	1891
1610	18.	**Hydroa lingual.** — Aspect syphiloïde des lésions. Guérison en douze jours sans traitement spécifique. Le malade présentait de plus, des lésions typiques d'érythème hydroïque sur les mains et les avant-bras.	QUINQUAUD	1891
1611	76.	**Toxicodermie bromo-potassique.** — Eruption papillomateuse végétante simulant des syphilides muqueuses hypertrophiques (*voir le n°* 1645, *même malade, après guérison*), (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syph., 1891, p. 285.)	FEULARD	1891
1612	66.	**Syphilome en nappe** tuberculeux et ulcéreux de la face.	HALLOPEAU	1891
1613	4.	**Bouton des pays chauds.** — Période cicatricielle. Genou. Homme de 28 ans venant de Gafsa (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syphil., 1891, p. 277).	HALLOPEAU	1891
1614	67.	**Syphilis mutilante d'origine conceptionnelle.** — On remarquera : 1° réunies sur un même territoire, la face, la région sous-maxillaire, le col, un composé de lésions anciennes, cicatrices et brides chéloïdiennes, et d'altérations en pleine activité, ulcérations végétantes, nappes tuberculeuses, foyers tuberculo-gommeux multiples en acte, recouverts ou non, de leur surtout croûteux. Tous ces phénomènes objectifs étaient bien indicateurs de la syphilis, mais non absolument, et l'on pouvait penser, aussi, à la scrofulo-tuberculose ; 2° mais la coexistence des lésions *simultanées* régnant sur d'autres points du corps, dont quelques-unes sont ici représentées, cicatrices osseuses du crâne, mutilation du lobule de l'oreille, cicatrices des régions deltoïdiennes, sous-claviculaires, etc., rendirent l'hypothèse de la nature syphilitique tout à fait vraisemblable L'étude de l'anamnèse et la guérison *rapide* de la maladie par le traitement iodopotassique, ont permis d'établir nettement l'origine conceptionnelle, et la nature syphilitique des lésions (*voy. Observation in* Bull. Soc. derm. et syph., juin 1891, p. 274).	BESNIER	1891

1615	93.	**Rhinosclérome.** — Exemple typique. Deux bourrelets d'infiltration progressive occupent, l'un la sous-cloison dans son attache labiale, et le tiers de la lèvre supérieure, l'autre, le lobule et la partie antérieure des deux ailes. L'intervalle est occupé par une ulcération fongueuse. La sous-cloison seule est détruite, la cloison reste dans toute l'étendue des fosses nasales, occupée par le néoplasme (*voy.p. l'observation*, thèse de QUIGNARD, Paris, 1892, *et pour la bactériologie* par JACQUET et NETTER, *in* Bull. Soc. derm. et syphil., juin et juillet 1891).	BESNIER	1891
1616	38.	**Trichophytie circinée** érythémato-vésiculeuse (herpès iris de Biett). — Avant-bras.	QUINQUAUD	1891
1617	87.	**Épithéliomatose pigmentaire.** — Face (*voir le n° 1456, même malade, deux ans auparavant et l'observation*).	BESNIER	1891
1618	91.	**Hyperkératose d'origine trophique** consécutive à un lichen. — Mains.	DU CASTEL	1891
1619	9.	**Dermatite herpétiforme de Duhring** avec plaques ortiées. — Bras droit.	HALLOPEAU	1891
1620	99.	**Amputation congénitale** du pouce. — Main droite. Enfant de trois jours.	BAR	1891
1621	89.	**Lésions vulvaires circinées**, simulant la syphilis. **Pseudo-syphilis.**	FOURNIER	1891
1622	53.	**Chancre syphilitique** de la grande lèvre gauche. Chancre syphilitique de la grande lèvre droite en voie de transformation en plaque muqueuse.	FOURNIER	1891
1623	97.	**Sarcome mélanique.** — Région du flanc.	HALLOPEAU et BERGER	1891
1624	85.	**Vitiligo** symétrique de la face dorsale des mains, vitiligo du cou. — Mains.	FOURNIER	1891
1625	11.	**Eczéma primitif chronique** des ongles : poussée de vésicules discrètes péri-unguéales.	QUINQUAUD	1891
1626	54.	**Chancre syphilitique** de la joue. — Région maxillaire droite.	FOURNIER	1891
1627	60.	**Syphilide palmaire.** Guérison en un mois par le traitement spécifique sans application locale. — Malade de la ville.	FEULARD	1891
1628	84.	**Pustules vaccinales** par auto-réinoculation sur l'avant-bras chez un enfant de 11 ans (1re vaccination). Le con-	THIBIERGE suppléant M. E. BESNIER	1891

tenu des pustules, inoculé à une génise, a reproduit une vaccine typique. Les vésicules miliaires qui occupent le voisinage des pustules vaccinales n'ont pas reproduit de vaccine par inoculation à la génisse.

1629 45. **Arthropathie** avec **psoriasis** des ongles. — Main droite. — HALLOPEAU — 1891

1630 81. **Tuberculose cutanée.** — Folliculite tuberculeuse du dos de la main. — HALLOPEAU et JEANSELME — 1891

1631 26. **Lichen de Wilson** chez une mulâtresse. — Région des seins (*Observ. publiée* par G. THIBIERGE et LEREDDE *in* Annales de derm., 1891, p. 843 *et* Bull. Soc. derm. et syph., 1891, p. 405). — THIBIERGE suppléant M. BESNIER — 1891

1632 11. **Eczéma séborrhéique** à localisation péripilaire. — Bras. — THIBIERGE suppléant M. BESNIER — 1891

1633 114. **Mycosis fongoïde** à forme hémorrhagique. — Région thoracique antérieure (*voir le n°* 1639, *même malade*). — QUINQUAUD — 1891

1634 35. **Hématangiomes** (*Observ. publiée par* G. THIBIERGE, *sous le titre* « Un cas de lymphangiome circonscrit des auteurs anglais (hématangiome dermopapillaire et hypodermique), *in* Bull. Soc. dermat. et syphil., 1891, p. 401). Le malade est âgé de 28 ans, et il a notion de l'existence, de la lésion depuis l'âge de 10 ans; et porte sur le corps de petites taches pigmentaires congénitales ; sa sœur, également. Pour M. Besnier, la lésion angiohématique est congénitale, et représente un nævus. — THIBIERGE suppléant M. BESNIER

1635 114. **Mycosis fongoïde.** — Face, épaule. Les taches eczématiformes de l'épaule et du bras représentent la lésion à sa première phase. Sur ces taches se développent les néoplasmes sous forme de larges papules à peine saillantes qui peu à peu prennent l'aspect qu'elles ont sur la face (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syphil., 1892, p. 6). — TENNESON — 1891

1636 82. **Ulcère tuberculeux** des lèvres chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire (*moulage de* JUMELIN), (*Obs. publiée in* Études expérim. et clin. sur la tuberculose, t. III, 1891. *Voir aussi* Bull. Soc. derm. et syphil., 1891, p. 420). — TROISIER

1637 82. **Ulcération simple** de la lèvre chez une malade atteinte de **tuberculose pulmonaire** (*moulage de* JUMELIN), (*voir* Bull. Soc. derm. et syphil., 1891, p. 420). — TROISIER et MÉNÉTRIER

1638	68.	**Ulcère gommeux** de la jambe gauche.	FOURNIER	1891
1639	114.	**Mycosis fongoïde** à forme hémorrhagique. — Face (*voir le n° 1633, même malade*).	QUINQUAUD	1891
1640	8.	**Dermatite herpétiforme de Duhring.** — Variété pustuleuse végétante (*Observ. publiée par* HUDELO, WICKHAM et DARIER *in* Bull. Soc. derm. et syph., 1891, p. 444).	FOURNIER	1891
1641	54.	**Chancre syphilitique** de la face dorsale de la main à la racine de l'annulaire gauche. — Syphilide pustuleuse et bulleuse ; hanche. — Syphilide maligne.	HALLOPEAU	1891
1642	27.	**Lichen plan** de la jambe chez un malade atteint de cnomanie (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syph., 1891, p. 455).	HALLOPEAU	1891
1643	28.	**Lupus vulgaire** de la totalité de la face, hypertrophique et mutilant, datant de l'enfance, forme maligne et repullulante. Jeune fille de 18 ans.	BESNIER	1891
1644	3.	**Érythèmes trophiques.** — Plaques d'érythème atrophiant ou atrophique, excentrique, évoluant très lentement sur le visage d'une femme de 25 ans, de constitution très chétive. — La plaque anté-auriculaire de la joue gauche date d'environ un an ; celle de la joue droite est dans sa troisième année. La première est intacte ; la seconde présente des cicatrices dues, *non au processus normal*, mais aux interventions thérapeutiques (scarifications et électrolyse interstitielle) qui ont été employées sans succès. — Le processus érythémateux et atrophiant a continué au centre et à la périphérie, avec une activité au moins égale sur la plaque qui a été traitée (*Observation publiée sous le titre d'*Atrophodermie érythémateuse en plaques, à progression excentrique, *par* THIBIERGE, *in* Bull. de la Soc. franç. de dermat., déc. 1891, p. 452).	BESNIER	1891
1645	76.	**Toxicodermie bromo-potassique.** — Éruption papillomateuse végétante simulant des syphilides muqueuses après guérison (*voir le n° 1611, même malade avant le traitement*).	FEULARD	1891
1646	69.	**Glossite syphilitique** tardive.	DU CASTEL	1892
1647	96.	**Anévrysme cirsoïde.** — Bras droit.	LUCAS-CHAMPIONNIÈRE	
1648	28.	**Lupus vulgaire** de la moitié inférieure de la face datant de l'enfance, forme mutilante, diffuse et repullulante. Lupus tuberculo-gommeux. Jeune fille de 22 ans.	BESNIER	1892

1649 73. **Syphilide tuberculeuse** circinée chez une syphilitique héréditaire. — Sujet âgé de 15 ans. HALLOPEAU 1892

1650 38. **Trichophytie** de la paume de la main (*Observ. publiée par* DJELALEDDIN MOUHKTAR, *in* Bull. Soc. derm. et syph., 1892, p. 43). FOURNIER 1892

1651 38. **Trichophytie** du dos de la main. HALLOPEAU 1892

1652 58. **Syphilide miliaire lichénoïde.** — Cou. HALLOPEAU 1892

1653 90. **Main éburnée du prurit cutané.** — Ce moulage a été fait sur la main d'un homme de 74 ans, hyperpolyurique, atteint depuis quatre ans d'un prurit cutané féroce et inextinguible. On remarquera l'état éburné, brillant, lisse, usé, poli, de la paume, des doigts, et des ongles, lesquels sont identifiés avec la pulpe par effacement du sillon sous-unguéal ; altérations produites mécaniquement par la friction incessante que le patient exerce avec la main sur toutes les parties du corps. BESNIER 1892

1654 42. **Pityriasis rubra pilaire.** — Épaule gauche (*Observation publiée par* HUDELO *in* Bullet. Soc. derm. et syph., 1892, p. 22). FOURNIER 1892

1655 114. **Mycosis fongoïde.** — Face, région fessière, région inguinale. Mycosis fongoïde multiforme. Tumeurs molluscoïdes, épithéliomatoïdes. Plaques de dermite antémycosique et prémycosique, eczématoïdes et lichénoïdes diffuses, figurées, simples, mixtes (eczématiques et végétantes), tuberculeuses, mamelonnées, etc. Lésions en poussée hivernale, et lésions éteintes ou affaissées des poussées antérieures. Absence d'érythrodermie. Femme de 59 ans. La maladie a déjà quatre années de durée sur la face. Les lésions des régions fessière et inguinale datent de quatre mois seulement (*Observation publiée in* Bull. Soc. derm. et syphil., 1892, p. 107, *et* Annales de dermatologie, 1892, p. 241) BESNIER 1892

1656 24. **Lichen scrofulosorum,** avec cicatrice tuberculeuse; papules lupiques et éléments de lichen groupés autour de cette cicatrice. — Hanche (*Observ. publiée in* Bull. Soc. dermat. et syph., 1892, p. 147). HALLOPEAU 1892

1657 38. **Trichophytie** de la plante du pied, datant de 6 ans et simulant la syphilis, (*Observ. publiée par* DJELALEDDIN. MOUKHTAR *in* Bull. Soc. dermat. et syph., 1892, p. 137). BESNIER 1892

1658 90. **Rétraction de l'aponévrose palmaire.** — Main droite. MARCHAND 1892

1659	65.	**Syphilomatose ulcérante** de la face, aiguë, lupoïde ou scrofuloïde; syphilis ignorée, conceptionnelle ou héréditaire; alcoolisme (*voir le n° 1675, moulage fait après guérison*). (*Observation publiée in* Bull. Soc. derm. et syph., 1892, p. 183).	BESNIER	1892
1660	93.	**Herpès** de la langue.	FOURNIER	1892
1661	40.	**Pemphigus foliacé**; papillomatose généralisée consécutive. — Mains (*Observ. publiée in* Bull. Soc derm. et syphil., 1892, p. 33).	QUINQUAUD	1892
1662	50.	**Lupus-pernio** du centre de la joue gauche. Dactylites scrofulo-tuberculeuses, chez une jeune fille de 15 ans, présentant de l'ichtyose xérodermique et une asphyxie générale des extrémités. — Face. — Mains.	BESNIER	1892
1663	93.	**Cysto-sarcome** du sein.	LUCAS-CHAMPIONNIÈRE	1892
1664	53.	**Chancres syphilitiques** des régions sterno-mastoïdiennes.	FOURNIER	1892
1665	5.	**Épithélioma** de la lèvre supérieure.	DU CASTEL	1892
1666	39.	**Trichophytie** sycosique à éléments séparés. — Régions maxillaires et sous-maxillaires.	QUINQUAUD	1892
1667	68.	**Syphilide ulcéreuse**; **Chancre-redux** pseudo-gommeux. — Rainure glando-préputiale.	FOURNIER	1892
1668	32.	**Érythrodermie** innominée. **(Lupus érythémateux exanthématique probable.)** chez une jeune fille de 17 ans (*voyez : Note préliminaire sur une érythrodermie inconnue et sur les raisons qui semblent la rattacher au lupus érythémateux exanthématique, pour servir à l'histoire générale des érythrodermies ou des érythématoses tuberculeuses, par* Ernest BESNIER *in* Bull. Soc. derm. et syphil., 21 avril 1892, p. 150).	BESNIER	1892
1669	91.	**Polydactylites** suppuratives dermiques — Main droite (*Observ. publiée in* Bull. Soc. derm. et syphil. 1892, p. 200).	HALLOPEAU	1892
1670	88.	Lésions du **prépuce** chez un malade atteint de **psoriasis**.	DU CASTEL	1892
1671	74.	**Chancre simple** phagédénique du gland.	DU CASTEL	1892
1672	33.	**Molluscum contagiosum** de Bateman. — Remarquablement confluent sur les paupières d'une femme de 56 ans ; les lésions, beaucoup moins développées sur le reste de la face, faisaient absolument défaut sur le tronc et les membres.	THIBIERGE	1892

1673	95.	**Œdèmes lymphatiques** chroniques, consécutifs à des brûlures répétées par chaufferettes. — Cuisse. Mollet.	FOURNIER	1892
1674	86.	**Malformation congénitale** des mains.	VARIOT	1892
1675	65.	**Syphilomatose ulcérante** de la face, après guérison (*voir le n°* 1659, *même malade avant traitement*).	BESNIER	1892
1676	26.	**Lichen plan.** — Main gauche, face palmaire. — Pied gauche.	QUINQUAUD	1892
1677	47.	**Sarcomes** avec lymphangite infectieuse. — Bras gauche (*voir le n°* 1678 *même malade*).	HALLOPEAU	1892
1678	47.	**Sarcomes.** — Aisselle gauche, (*voir le n°* 1677 *même malade*).	HALLOPEAU	1892
1679	39.	**Trichophytie** sycosique agminée de la barbe.— Folliculite conglomérée trichophytique.	QUINQUAUD	1892
1680	19.	**Ichtyose.** — Cas extraordinaire d'ichthyose généralisée avec altérations des muqueuses buccale et nasale et des cornées ayant débuté à l'âge de 15 jours, chez un enfant dans la famille duquel on ne connaît pas d'autre cas d'ichtyose. Au moment du moulage, l'enfant avait 12 ans.— Face. — Oreille. — Main gauche. (*Observ. publiée par* G. THIBIERGE *in* Bull. Soc. derm. et syphil., 1892, p. 322).	BESNIER	1892
1681	7.	**Chéloïdes** en tumeur des lobules des oreilles chez une jeune fille de 17 ans. Début à l'âge de trois ans aux points de perforation faits pour l'application des boucles d'oreilles. Il n'a été fait aucun traitement (*voyez* Bull. Soc. derm. et syphil., 7 juillet 1892, p. 383).	BESNIER	1892
1682	89.	**Kyste** inséré sur la grande lèvre droite.	LUCAS-CHAMPIONNIÈRE	1892
1683	98.	**Exostoses épiphysaires multiples** — Tibia gauche.	MARCHAND	1892
1684	76.	**Psoriasis exfoliatif** de la main et de l'avant-bras (*voir le n°* 1576 *même malade*).	DU CASTEL	1892
1685	26.	**Lichen plan scléreux.** — Aisselle et cou (*Observation publiée par* J. DARIER *in* Bull. Soc. derm. et syphil., 1892, p. 365).	FOURNIER	1892

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Dermatomycoses. — N. Mansouroff. Un cas de dermatomycose circonscrite de la main (Inosis dermica). (*Atlas international des maladies rares de la peau*, 1891, fasc. V.)

Jeune fille de 18 ans, présentant depuis 2 mois une lésion ayant débuté par des papules d'abord blanches et sèches développées au voisinage de l'ongle du pouce gauche et devenues humides au bout de quelques jours, lésion qui s'est étendue en suivant une marche serpigineuse ; sur le côté de l'extension du pouce, surface ovalaire, rouge et luisante, couverte de petites lamelles sèches, à bords élevés, circonscrits et formés de fortes lamelles épidermiques.

A l'examen microscopique des squames, on trouve une énorme quantité de filaments de mycélium d'un champignon siégeant entre les couches épidermiques. Les cultures, faites par B. Kriloff, ont permis d'obtenir un champignon présentant des ressemblances avec le trichophyton, mais en différant par quelques caractères : absence de ramifications et de renflements terminaux sur les branches du mycélium, absence de branches latérales sporifères, caractères des cultures sur la gélatine, sur l'agar-agar et sur le sérum. Georges Thibierge.

Dermatomyômes. — Lukasiewicz. Ueber multiple Dermatomyome. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1892, p. 33.)

C'est à Ernest Besnier que l'on doit la connaissance des dermatomyômes multiples de la peau. Le cas suivant a été observé à la clinique du professeur Kaposi.

Il s'agit d'un homme de 23 ans, neurasthénique, de famille saine. La maladie actuelle date de 4 ans 1/2. Elle aurait commencé sans cause appréciable sur la jambe droite par une tumeur semblable à une bulle rouge bleuâtre, de la grosseur de la moitié d'un pois. Cette tumeur était prurigineuse, et sous l'influence du grattage il se serait détaché une masse visqueuse, brun foncé.

Peu de temps après se développèrent, d'abord sur la face d'extension de la cuisse gauche, puis de la jambe, des nodosités rénitentes, rouge pâle, du volume d'un demi-pois à une fève. Ces nodosités se multiplièrent par poussées continues jusqu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

Au début, cette affection n'occasionnait aucun malaise ; le grattage ou la compression directe exercée sur les nodosités, provoquaient seuls des douleurs légèrement térébrantes. Depuis environ 18 mois il s'est produit dans les tumeurs, coïncidant avec l'augmentation de leur volume, des

douleurs peu vives, rares du reste et seulement pendant le jour. La dernière année les douleurs devinrent plus fréquentes et plus aiguës, elles s'étendirent à tout le membre inférieur et s'accompagnaient de sueurs, de palpitations et d'angoisses.

A la suite d'excitations morales ou quand le malade a faim, ou encore pendant la digestion et la défécation, les douleurs seraient plus fréquentes et plus intenses.

Au moment de l'admission du malade son état est le suivant : la peau et les muqueuses sont pâles ; organes internes normaux ; du côté du système nerveux rien d'anormal, sauf une plus grande excitabilité des réflexes cutanés et tendineux.

Sur la surface d'extension de la moitié inférieure de la cuisse il existe environ 30 nodosités, rouge bleu ou brun pâle, arrondies ou ovales, du volume d'un grain de chènevis à celui d'un pois. Elles ont leur siège dans la peau et sont légèrement proéminentes. L'épiderme qui les recouvre est intact, uni et brillant; les poils follets existent là comme sur les parties saines. Les petites tumeurs sont bien circonscrites, dures au toucher, pâlissant à la pression et douloureuses.

Sur la partie médiane du côté de l'extension de la jambe gauche on voit, sur une zone de l'étendue de la paume de la main, environ 60 nodosités analogues à celles décrites ci-dessus, toutefois elles sont beaucoup plus confluentes et pour la plupart plus volumineuses.

Toutes ces tumeurs sont irrégulièrement distribuées, les unes disséminées, les autres très confluentes.

La peau dans les intervalles est intacte et sa sensibilité normale. Si on les touche légèrement on remarque une violente secousse du membre, si on presse il se produit souvent une série de secousses de tout le corps, comme à la suite d'une décharge électrique; si on les comprime modérément il survient, au contraire, de vives douleurs rayonnantes, qui parfois dégénèrent en crises névralgiques. Pendant les paroxysmes de douleur on ne constate pas de changement appréciable dans les tumeurs. Ces douleurs sont très variables suivant que le malade est momentanément très excité ou que son attention est attirée d'un autre côté.

Le tableau clinique de ces néoplasies bénignes ressemble à celui de beaucoup d'autres dermatoses et présente par suite de grandes difficultés. Dans le paragraphe suivant, l'auteur étudie le diagnostic différentiel de son cas avec les neurofibromes, les xanthomes tubéreux, les lymphangiomes tubéreux multiples, etc.

Le diagnostic de l'auteur a été justifié par l'examen histologique qu'il fit de trois tumeurs : deux plus volumineuses et des plus douloureuses et une plus petite.

Les portions les plus profondes du derme et le tissu sous-cutané sont partout intacts, sauf une légère infiltration des cellules dans le derme.

Ni par la méthode de Pal ni par celle de Weigert on n'a pu constater un développement anormal des fibres nerveuses permettant d'expliquer la sensibilité des tumeurs.

Comme traitement, l'auteur prescrivit des injections sous-cutanées d'arséniate de soude, et localement des compresses trempées dans une infusion de jusquiame.

Le malade quitta la clinique au bout de quatre semaines la sensibilité était moins grande, mais le nombre et la nature des tumeurs n'avaient pas subi de modification appréciable.

Au bout de 5 mois, l'auteur revit le malade. Pendant ce laps de temps il avait continué les pilules asiatiques et il y a 3 mois son médecin habituel lui avait extirpé deux tumeurs particulièrement douloureuses. Dans tous les points où on avait successivement pratiqué ces excisions il s'était formé des cicatrices aplaties, pigmentées, non douloureuses. La sensibilité de toute l'affection aurait encore diminué après la dernière opération.

L'examen histologique montra que principalement dans les parties périphériques des nodosités il y avait une augmentation du tissu musculaire dans les vaisseaux ainsi que dans les glandes sudoripares. On pouvait même suivre très distinctement dans la néoplasie la continuation immédiate des fibres musculaires de ces éléments. L'auteur croit donc que cette néoplasie aurait son point de départ dans les muscles des poils, des vaisseaux et des glandes sudoripares. Cette hypothèse concorderait avec celle de Jadassohn qui admet que la néoplasie provient des muscles érecteurs des poils, et avec celle de Hess de la musculature des vaisseaux très fortement développée dans le cas qu'il a observé. Quant à l'infiltration des cellules rondes situées dans la portion conjonctive des tumeurs, l'auteur la regarde comme un phénomène inflammatoire, d'autant plus que des infiltrats semblables se sont développés dans des parties très vasculaires du derme et relativement à un degré peu prononcé.

Dans le cas actuel, la sensibilité tiendrait plus à la pression des tumeurs sur les fibres nerveuses situées au-dessous d'elles, qu'à la présence de ces mêmes fibres à l'intérieur des tumeurs. Selon le dire du malade, l'excision des plus grosses tumeurs aurait notablement diminué cette sensibilité.

Le cas de Lukasiewicz se distingue de ceux de M. E. Besnier en ce qu'il s'agit d'un individu jeune et que le processus n'avait pas son origine dans les couches profondes de la peau.

A. Doyon.

Érysipèle traité par l'ichtyol. — T. Suñol. El ictiol en la Erisipela. (*Societa medica de Granada*, 1891, p. 173.)

Parmi les agents récemment préconisés dans le traitement de l'érysipèle, se trouve l'ichtyol. Nussbaum l'employait dans un mélange avec de la vaseline à parties égales. L'auteur se sert d'un mélange à 1 d'ichtyol pour 2 de vaseline et il rapporte un certain nombre d'observations dont cinq personnelles, qui lui ont permis de juger la valeur de cette médication. L'ichtyol, dit-il, exerce une action réelle dans l'érysipèle dont il modifie la marche. Il atténue la dermite, mais il n'empêche pas qu'une nouvelle éruption précédée même de fièvre, survienne en un autre point du corps : l'auteur rapporte un cas de ce genre. Il ne faut donc pas croire que l'ichtyol guérisse l'érysipèle ; il ne peut rien contre le processus infectieux : il met la peau dans des conditions de résistance telles que les microbes ne peuvent s'y développer ; la maladie se borne à la première manifestation et ne dure que trois ou quatre jours, les nouvelles réinfections qui la font persister n'étant plus possibles. Fessler a expérimenté l'action de l'ichtyol sur le streptocoque de Fehleissen et il a vu qu'il s'opposait au développement

du parasite. Parmi les inconvénients de l'ichtyol, il faut citer son odeur et la couleur brune qu'il donne à la peau jusqu'à ce que l'épiderme se soit renouvelé. Il ne détermine ni douleur, ni gêne et il soulage au contraire dans la tension qui caractérise l'érysipèle. L'auteur conseille des applications toutes les trois heures, puis il fait recouvrir d'ouate les parties malades. Il n'emploie pas à l'extérieur d'autre traitement ; à l'intérieur il administre le salicylate de soude ou le bromhydrate de quinine.

PAUL RAYMOND.

Gangrène phagédénique de la peau. — E. W. G. MASTERMAN. (Two cases of spreading gangrene around the mouth, occuring in adults. *St-Bartholomew's hospital reports.* Vol. XXVII, 1891, page 205.)

M. Masterman rapporte deux cas de gangrène phagédénique survenus dans le service de M. Morrand Baker et de M. Marsh.

Le premier concerne un individu de 47 ans, fabricant de caisses d'emballage, très bien portant et vigoureux jusque-là. Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, le malade avait présenté un rhume vulgaire. Bientôt après ses gencives devinrent blanches et ses dents se déchaussèrent, puis survint une tuméfaction et une induration de la gencive et de la face interne de la joue. Sept dents tombèrent une à une, puis un séquestre comprenant le rebord alvéolaire sur 2 à 3 centim. de long s'élimina par la bouche. Survinrent des ulcérations phagédéniques envahissant les gencives, la joue, les lèvres. Une sialorrhée intense avec un écoulement permanent de salive fétide et striée de sang. Les ulcérations se creusèrent, l'état général devint grave et le malade succomba quelques jours après son entrée à l'hôpital.

Aucun commémoratif mentionnant l'emploi du phosphore ou du mercure.

Le deuxième cas observé par M. Masterman lui-même est plus complet et ressemble beaucoup au premier.

Le malade, 37 ans, trieur de thé, se présente à la consultation, se plaignant d'avoir « mal aux lèvres ».

Ni syphilis ni intoxication mercurielle ou phosphorée. Les lèvres sont épaissies et proéminentes. Exulcération des gencives et des lèvres, recouvertes d'une fausse membrane qui leur donne l'aspect de la stomatite ulcéro-membraneuse.

En huit jours, l'affection fait de tels progrès que le malade doit être hospitalisé. Ses dents, jusque-là indemnes, sont déchaussées et douloureuses. Les ulcérations se sont étendues et creusées.

Puis surviennent les phénomènes généraux graves, une température élevée, du délire.

Quinze jours après son entrée, une plaque de gangrène apparaît brusquement au-dessous du sourcil droit, puis une seconde se forme sur la lèvre supérieure. Symptômes généraux de pyohémie, râles dans les deux poumons. Collapsus. Mort.

A l'autopsie, la lésion la plus remarquable est de l'ostéite du maxillaire du côté malade, les autres lésions sont celles d'une infection générale. Notons seulement des hémorrhagies sous-cutanées.

L'auteur discute ensuite le diagnostic et rapproche la maladie de la

stomatite gangreneuse des enfants : le noma, des cas de stomatites phagédéniques ulcéreuses décrits, dont les observations précédentes se distinguent par la nécrose maxillaire. Il fait remarquer l'inefficacité du traitement (cautérisations, antiseptiques.)

Enfin, il mentionne la fréquence des inflammations de la bouche et des lèvres chez les gens employés à manipuler le thé d'origine indienne, fréquence que les ouvriers eux-mêmes connaissent.

Les examens bactériologiques ont montré à la surface des ulcérations, des micro-organismes en grand nombre. Mais aucune recherche bactériologique complète n'a été faite ni dans un cas ni dans l'autre.

R. Sabouraud.

Lupus de la joue. — X. Arnozan. Du lupus de la joue, consécutif aux lésions tuberculeuses de la muqueuse nasale par l'intermédiaire d'une fistule lacrymale. (*Archives d'ophtalmologie*, novembre-décembre 1891, p. 496.)

Arnozan rapporte 3 observations de lupus de la joue développé chez des sujets atteints antérieurement de fistule lacrymale et présentant simultanément des lésions tuberculeuses de l'appareil nasal (lupus de la fosse nasale droite dans un cas, ulcération scrofuleuse de la face supérieure du voile dans un autre, ulcération de la fosse nasale dans le troisième). Il conclut de la discussion de ces observations que le lupus entouré était consécutif à la lésion du sac lacrymal qui était elle-même vraisemblablement de nature tuberculeuse et sous la dépendance d'une lésion tuberculeuse de la muqueuse nasale ayant amené l'obstruction du canal nasal. Il en résulte que, dans les cas de ce genre, l'examen rhinoscopique et un traitement local doivent compléter l'œuvre du dermatologiste et de l'ophtalmologiste.

Georges Thibierge.

Maladie de Morvan. — Grasset. Un cas de maladie de Morvan. (*Nouveau Montpellier médical*, supplément bi-mensuel, 2 janvier 1892, p. 5.)

Leçon clinique, à propos d'un homme de 27 ans, chez lequel la maladie se révéla pour la première fois il y a 10 ans à, l'occasion d'une brûlure du coude droit que le malade n'a pas perçue en tant que brûlure ni en tant que douleur, mais simplement comme contact (dissociation syringomyélique), puis refroidissement et affaiblissement du bras droit; au bout de 6 ans, panaris de l'index droit évoluant sans douleur; l'année suivante, panaris indolent du médius droit, puis le bras gauche devient lourd, maladroit et la sensibilité tactile disparaît à la main gauche. Actuellement, les doigts sont gras, en boudin, fléchis, déformés, profondément crevassés, surtout à droite ; la peau de la paume de la main est tellement épaissie qu'il est impossible d'y faire un pli, elle est lisse comme dans la sclérodermie ; certains ongles ont presque entièrement disparu, les autres sont déformés, moins hauts et plus épais qu'à l'état normal ; l'index droit présente l'aspect d'un doigt qui a été atteint de panaris, la 3e phalange est fléchie

sur la 2e et sensiblement atrophiée; le volume des deux mains est considérablement augmenté ; à gauche, les trois premiers doigts sont épaissis, crevassés, avec des onyxis, le médius présente des traces d'un panaris grave, les deux derniers doigts sont presque sains; anesthésie occupant les domaines du cubital, du brachial cutané interne et de tout le plexus cervical, du côté droit, portant sur tous les modes de sensibilité mais surtout sur la température; rétrécissement notable du champ visuel à droite.

Grasset insiste sur la dissociation dite syringomyélique qui, chez ce malade, avait existé dans les premières périodes de la maladie, mais qui avait ensuite fait place à une anesthésie complète. Il pense que la maladie de Morvan est un syndrome clinique dont l'histoire anatomique est encore à l'état embryonnaire, tandis que la syringomyélie est caractérisée surtout par son histoire anatomique; le même fait anatomique peut se trouver dans la maladie de Morvan sans que pour cela les maladies soient identiques. GEORGES THIBIERGE.

Molluscum contagiosum. — BITSCH. Om molluscum contagiosum (Batemann). (*Nordisk medic. arkiv.*, 1892, nº 3 ; avec un résumé en français.)

Sans avoir eu connaissance des travaux de Török et de Tommasoli, qu'il a lus après avoir fini ses travaux, un peu avant la publication, l'auteur a fait des recherches, qui permettent de tirer les mêmes conclusions que celles des auteurs sus-nommés sur l'anatomie pathologique du molluscum contagiosum.

Les recherches ont été faites dans le laboratoire de « Vestre hospital » (M. le professeur Bergh).

Pour ce qui concerne l'origine et le point de départ de la maladie, l'auteur rejette absolument la théorie des glandes sébacées ; pour lui, comme pour Neisser, il s'agit d'un processus issu de l'épiderme ; on trouve des cônes épithéliaux épidermoïdaux avec tous les signes de développement non douteux du molluscum contagiosum embryonal.

Quant au développement des tumeurs, le « membrane » est constitué par le tissu conjonctif épaissi du chorion. Les corpuscules du molluscum sont des cellules métamorphosées du rete Malpighii; mais toutes les cellules ne subissent pas cette métamorphose, une partie parcourt l'évolution normale des cellules malpighiennes pour être kératinisées à la fin, bien que leur forme extérieure soit considérablement modifiée.

Finalement, l'auteur rejette d'une façon catégorique les recherches de Neisser sur l'origine psorospermosaire de la maladie. L'étiologie en reste encore complètement inconnue. E. EHLERS.

Pityriasis rubra pilaire. — W. DUBREUILH. Un cas de pityriasis rubra pilaire. (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, janvier 1892, p. 74.)

Observation d'un homme de 30 ans qui, après avoir eu un pityriasis

rubra pilaire à début extrêmement rapide (en quelques jours, toute la surface du corps était envahie et il ne restait plus qu'un petit placard de peau saine au niveau de l'ombilic) mais ayant persisté pendant près d'un an, présenta à la suite de cette affection des placards saillants, squameux, ressemblant beaucoup à du lichen corné, ou mieux à du lichen simplex circonscrit de Vidal et occupant la région sacrée, la nuque, les jambes et les pieds.

Ce fait est à rapprocher d'un cas analogue publié par H. v. Hebra.

GEORGES THIBIERGE.

Purpura. — VOITURIEZ. Du purpura pneumonique (purpura à pneumocoques). (*Journal des sciences médicales de Lille*, 18 décembre 1891, p. 601.)

Garçon de 16 ans, chez lequel se montrent au 6e jour d'une pneumonie franche des taches de purpura, de dimensions variables et disséminées symétriquement sur les jambes et le pied ; trois jours plus tard, selles sanglantes qui persistent pendant 3 jours, en même temps que la défervescence se produit, mais avec moins de rapidité qu'à l'ordinaire ; le 15e jour, le malade se lève et on constate le lendemain un œdème blanc et dur des pieds et de la partie inférieure de la jambe. Guérison complète. Pas d'examen bactériologique.

L'auteur rapproche ce fait de celui publié récemment par P. Claisse et pense que, comme dans ce dernier, les lésions purpuriques étaient dues à la présence du pneumocoque. GEORGES THIBIERGE.

Rhinosclérome. — PALTAUF. Zur Aetiologie des Skleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Nase (Rhinoskleroma). (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1891 et 1892.)

L'auteur a fait de nombreuses recherches sur l'étiologie du rhinosclérome. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Les maladies du larynx et de la trachée (les sténoses dites primaires de ces organes. Chorditis vocalis inf. hypertr. Gerhardt) qui accompagnent le sclérome du nez ou qui lui sont consécutives ou bien le précèdent, et qui par conséquent surviennent d'une manière indépendante, sont des affections identiques au sclérome nasal. Le rhinosclérome peut avoir son point de départ dans les fosses narines, principalement dans la partie postérieure, mais aussi dans le larynx et la trachée.

2° La constatation des bactéries du sclérome a de l'importance dans les cas douteux au point de vue du diagnostic.

3° Les bactéries du rhinosclérome se distinguent de la bactérie de Friedländer, par leur virulence moindre, par la diminution de leur fermentescibilité dans des solutions sucrées, par leur plus grande sensibilité à l'action des acides, enfin par la manière dont elles se comportent dans le lait et dans les cultures anciennes de gélatine.

A. DOYON.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis. Formes de la syphilis. — C. Calvo. Formas de la sifilis. (*Cronica medica Valence*, n° 293.)

Le processus syphilitique possède des caractères propres, mais ils sont variables et nombreux : l'explication de ces variations se trouve dans les conditions individuelles du malade, dans son tempérament et sa constitution ; s'il est lymphatique et peu vigoureux, la syphilis se porte de préférence sur les globules rouges, sur les organes hématopoiétiques et des os ; s'il est sanguin ou nerveux, la syphilis se montre sur la peau, les muqueuses et le système nerveux. Le virus spécifique affecte en premier lieu le point vulnérable, puis le plus susceptible, déterminant ainsi des aspects symptomatiques distincts que l'auteur décrit comme il suit :

Formes de la syphilis	asthénique	douloureuse.
		anémique.
	irritative	fébrile-névralgique.
		exanthématique.

L'auteur développe ensuite chacun de ces points : ces appréciations cliniques que l'étude de physiologie pathologique de la maladie permet d'entrevoir, dit-il, reçoivent de la pratique leur pleine démonstration. Il est évident qu'il ne faut pas être absolu et qu'un sujet qui ne présente pendant la période secondaire que des douleurs ou de l'anémie, de la fièvre ou des dermopathies, est rare, mais cela se voit ; et même, si à l'un de ces principaux symptômes, viennent se joindre d'autres manifestations spécifiques, la manifestation primordiale n'en perdra pas pour cela son caractère typique, de même que dans un groupe, le sujet principal continue à ressortir quels que soient les détails qu'ait ajoutés l'artiste. Paul Raymond.

Syphilis des muscles. — G. Lewin. *Ueber Myositis syphilitica diffusa s. interstitialis.* (Tirage à part des *Annales de la Charité*, 1891, t. XVI.)

Cette variété de myosite n'est pas encore très connue, le plus souvent elle est prise pour une affection rhumatismale et par suite traitée par l'iodure de potassium, qui heureusement est aussi efficace contre la myosite syphilitique.

L'auteur a pu réunir 45 cas de myosite syphilitique diffuse ; sur ce nombre il en a observé 6 cas. Sur 31 de ces malades chez lesquels le sexe était indiqué, on compte 26 hommes et 15 femmes. C'est entre 20 et 40 ans qu'on a trouvé le plus fort contingent, comme pour les autres maladies syphilitiques.

L'époque d'apparition de la myosite syphilitique diffuse est très variable.

Chez 15 malades elle survint de 2 à 9 mois après la contagion ; chez 6 malades après 1 à 2 ans, chez 5, de 3 à 4 ans, et chez 4, de 8 à 15 ans après. Les muscles les plus souvent atteints sont le muscle biceps, le sphincter externe de l'anus, le masséter, le deltoïde. Un seul muscle peut être affecté, d'autres fois plusieurs sont envahis en même temps. Dans certains cas la myosite prend un caractère progressif, en ce qu'elle passe progressivement des muscles en premier malades à d'autres plus éloignés.

L'affection débute par une tuméfaction non douloureuse dans les muscles, sans changement de coloration de la peau et sans élévation de température. Lorsque la myosite gagne le périoste et les tendons il se produit des douleurs réelles spontanées, parfois avec exacerbations pendant la nuit. Il survient aussi des hyperesthésies dans des parties éloignées des organes malades. Le muscle atteint prend la position fléchie qui peut faire croire à une véritable contracture. La consistance de la tumeur musculaire est variable, tantôt elle est simplement dure, tantôt elle a la dureté de la pierre.

Anatomiquement, les vaisseaux sont dilatés et ramifiés, notamment dans le sarcolemme, entourés de cellules de granulation. En même temps les noyaux des muscles prolifèrent, se gonflent et prennent la forme en biscuit, comme dans l'atrophie musculaire progressive. Les cellules sont groupées de différentes manières. Peu à peu il se produit une dégénérescence graisseuse.

En quelques points la striation devient indistincte, dans d'autres elle disparaît complètement. En certains points les vaisseaux primitifs deviennent seulement plus minces, sans altération appréciable, ils forment des traînées étroites, légèrement brillantes, souvent encore distinctement striées ; parfois un peu sinueuses ou fléchies et en partie disposées parallèlement, de sorte qu'on pourrait croire que deux de ces faisceaux formaient la paroi épaissie d'un canal dans lequel se trouve la prolifération cellulaire. Par conséquent, nécrose relativement rapide, et atrophie lente tout autour.

Dans le cours ultérieur de la myosite syphilitique il peut survenir une dégénérescence graisseuse; et une transformation cartilagineuse et de l'ossification.

Il ne faut pas compter sur une guérison spontanée de la myosite syphilitique, comme en général dans toute maladie spécifique. On a conseillé des cures avec différentes préparations mercurielles, la décoction de Zittmann et l'iodure de potassium. L'auteur a constamment employé les injections de sublimé, dans 5 cas sur 6 il a obtenu la guérison. La maladie appartient aux formes les plus rebelles de la syphilis.

Le massage et l'électricité sont des auxiliaires utiles dans certains cas.

A. Doyon.

Syphilis cérébrale. — R. Schulz. Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Erkrangungen des Centralnervensystems. (*Neurologisches Centralblatt*, 1891, p. 578.)

Il s'agit d'un homme de 64 ans. En 1857, à l'âge de 30 ans, il eut une at-

taque d'apoplexie avec paralysie du membre inférieur gauche, laquelle disparut au bout de quelques jours. En 1885, autre attaque ; la paralysie céda de nouveau, mais incapacité de travail. Céphalée fréquente, douleurs dans le dos et la poitrine, parole difficile, incontinence d'urine. Le 20 novembre 1890, troisième apoplexie pour laquelle il entre à l'hôpital.

A ce moment on constate les phénomènes suivants : paralysie faciale complète du côté droit; paralysie des abducteurs des deux côtés, par suite strabisme convergent très prononcé. Les pupilles réagissent, mais faiblement. Parésie du bras et du membre inférieure gauche. Anesthésie complète du pied et de la moitié inférieure de la jambe du côté gauche.

Réflexes rotuliens normaux. Incontinence d'urine et des matières fécales. Dans le milieu de décembre, troubles trophiques de la peau des mains et sur la face dorsale du médius de chaque côté, en des points symétriques. La mort survint le 18 décembre.

A l'autopsie on constata : à droite, artère sylvienne rétrécie par une prolifération de la membrane interne faisant une saillie en demi-lune dans l'intérieur du vaisseau. Dans la couche optique et le noyau lenticulaire, petits foyers ramollis avec grosses cellules graisseuses gonflées, nombreux capillaires remplis de sang.

Dans la fente sylvienne, on trouva non seulement la prolifération falciforme de la membrane interne, décrite par Heubner comme caractéristique des lésions syphilitiques des vaisseaux du cerveau, etc., mais encore dans l'adventice, entre celles-ci et la tunique moyenne, la néoplasie « gommeuse » signalée comme spécifique par Baumgarten, avec ses formes nucléaires, bizarres, etc. Dans la protubérance, traînée large, ramollie, d'aspect gélatineux.

Méningite spinale, surtout dans la région des racines postérieures. Dégénérescence de la substance blanche de la moelle épinière dans les cordons de Goll, immédiatement à côté de la fissure postérieure, avec base large vers la périphérie de la moelle et en pointe vers l'intérieur.

Les racines postérieures sont pour la plus grande partie très dégénérées, principalement celles du côté gauche; les racines antérieures le sont aussi, mais à un bien moindre degré. Dans la zone dégénérée du cordon de Goll les parois des capillaires sont très épaissies, complètement hyalines et entourées de cellules rondes. Dans la substance grise de la moelle, surtout du côté gauche, hémorrhagies punctiformes disséminées. En quelques points la substance grise est complètement détruite. Les cellules ganglionnaires des cornes antérieures et postérieures sont très développées avec un noyau distinct.

Selon l'auteur, il s'agit évidemment d'une affection syphilitique. Il appuie son diagnostic sur la marche et les symptômes cliniques de la maladie : première attaque à un âge peu avancé (30 ans), phénomènes paralytiques passagers, rien du côté du cœur. Si le malade eût vécu plus longtemps, il aurait pu survenir, par suite de la dégénérescence progressive des cordons postérieurs, un tabes, mais seulement un tabes atypique, comme Oppenheim et Eisenlohr l'ont décrit dans ces dernières années.

A. Doyon.

Syphilis cérébrale. — Brasch. Ein unter dem Bilde der tabischen Paralyse verlaufender Fall von Syphilis des Centralnervensystem. (*Neurologisches Centralblatt*, 1891, nos 16, 17 et 18.)

Il s'agit d'un homme de 49 ans, qui a eu la syphilis 20 ans auparavant et suivit alors un traitement spécifique. Depuis un an, raideur et douleurs dans les jambes, miction et défécation difficiles, vomissements. Tabes d'après les symptômes suivants : marche incertaine, ataxie des membres inférieurs, signe de Romberg, analgésie dans les jambes au toucher, absence des réflexes rotuliens, incontinence d'urine. Peu après survinrent des troubles psychiques ; le malade est dans un état comateux, dans l'impossibilité de s'orienter, conduite bizarre, diminution de la mémoire, il dit un mot pour un autre et commet des erreurs dans ses affaires. Quinze jours après son admission on constate, outre les phénomènes tabétiques ci-dessus, des troubles de la parole, un affaiblissement notable de l'intelligence, immobilité réflexe de la pupille droite et réaction lente de la pupille gauche. L'apathie, l'état comateux augmentèrent rapidement et le malade succomba avec tous les signes d'une infiltration pulmonaire.

Démence paralytique. Pneumonie.

Anatomiquement : pachyméningite spinale circonscrite. Leptoméningite spinale. Hyperhémie méd. spin. Œdème et hyperhémie du cerveau. Gomme dans le lobe temporal droit. Encéphalomalacie et gomme dans le lobe temp. g. Endartérite syphilitique.

Encéphalomalacie multiple du cerveau.

Microscopiquement : maladie syphilitique des vaisseaux et de la moelle, à un moindre degré des méninges. Dégénérescences diffuses et non systématisées dans l'ensemble des fibres médullaires ; ce n'est que dans la masse lombaire supérieure et dorsale inférieure que la maladie des cordons postérieurs paraît être un peu systématisée, elle rappelle très exactement ce qu'on observe dans le tabes.

Dans la moelle dorsale inférieure, anomalies notables de configuration dans la substance grise, sans altérations de ses éléments cellulaires.

Dans la moelle dorsale supérieure, hétérotopie en dehors de la pie-mère, de la substance grise, et modifications de forme des cornes grises antérieures.

Les racines antérieures et postérieures sont plus ou moins atteintes.

Les noyaux de la moelle allongée, sont presque tous mal conservés. La maladie des fibres se prolonge en ce point hors de la moelle dorsale. Dans le mésocéphale, nombreux foyers de ramollissement et hémorrhagies.

Les tumeurs des régions temporales sont des gommes.

Les cellules et les fibres nerveuses sont intactes.

Les deux nerfs optiques présentent des dégénérescences de leurs gaines médullaires avec altération légère des interstices.

Dans ce cas, il est à remarquer que les altérations caractéristiques de la dégénérescence de la substance grise des cordons postérieurs n'existent que dans un petit district du milieu de la moelle dorsale, tandis que dans les points prédestinés pour la localisation du processus tabétique, le tableau typique de cette affection manque et la maladie des cordons pos-

térieurs rentre plutôt dans le cadre morbide que présentent les autres systèmes de fibres. Ces derniers semblent être affectés moins par la syphilis elle-même qu'indirectement par l'intermédiaire des vaisseaux qui sont très altérés, du moins les infiltrats relativement faibles, qui s'étendent avec des prolongements de la pie-mère dans la moelle, ne sont pas en rapport avec la maladie dont la substance blanche est atteinte. Sans vouloir étudier à fond le rapport étiologique entre le tabes et la syphilis, l'auteur émet l'hypothèse que dans ce cas, à côté du tabes, il y a eu syphilis, que le processus tabétique a, dans quelques points de la moelle dorsale, été dissimulé par les ravages que la syphilis a provoqués dans tous les systèmes de fibres, mais que dans d'autres, il est resté évident. On admettra également que la syphilis, contractée 20 ans auparavant, a déterminé les premières modifications, soit directement, soit par l'intermédiaire des vaisseaux et que plus tard sur ce terrain le tabes s'est développé, mais qu'il ne pouvait se produire que là où le tissu n'était pas déjà le siège de processus morbides d'une autre nature.

Les troubles profonds de l'intelligence joints aux altérations de la parole firent soupçonner, outre le tabes, l'existence simultanée d'une démence paralytique, et dans ce cas, abstraction faite des troubles de la parole, il faut considérer moins l'état psychique que les renseignements fournis par la femme du malade, qui ne faisaient que confirmer le diagnostic de démence progressive.

D'après certains auteurs, la forme la plus fréquente, presque typique de la syphilis cérébrale, serait la méningite gommeuse de la base et toute autre localisation, par exemple à la convexité, rend le diagnostic très difficile. Les cas dans lesquels il existe de l'épilepsie jacksonienne seraient une exception à cette règle. Dans le cas actuel, le cerveau ne présentait que de faibles altérations des méninges, la base en était complètement indemne, et dans l'espace interpédonculaire de la base il n'existait pas d'infiltration. Seulement les artères de la base présentaient des altérations très caractéristiques et ayant déterminé consécutivement des dégénérescences, des ramollissements et des hémorrhagies.

Dans ces cas, les lésions des artères étaient évidemment de nature syphilitique et analogues à celles décrites par Heubner.

Les altérations de la pie-mère, l'existence de deux gommes dans la substance cérébrale elle-même, indiquent que les vaisseaux étaient atteints par la syphilis.

Selon Heubner ces processus (la dégénérescence caséeuse) ne joueraient aucun rôle dans la syphilis des artères; cet auteur arrive même à cette conclusion que la caséification, c'est-à-dire la destruction rapide du tissu, ne devrait plus être regardée comme la caractéristique principale. Des observateurs ultérieurs ont rectifié cette erreur de Heubner ; ainsi Baumgarten dit que la différence entre l'artérite gommeuse et l'artérite syphilitique provient uniquement de ce que dans la première les néoplasmes en voie de granulation continuent de se développer jusqu'à devenir des productions gommeuses, tandis que dans la deuxième ils restent de simples néoplasies inflammatoires chroniques et comme celles-ci se transforment directement en tissu cicatriciel.

Mais Rumpf, qui a publié un important traité sur les maladies syphili-

tiques du système nerveux, dit que les processus syphilitiques dans les vaisseaux déterminent dans des cas rares la formation de tumeurs circonscrites, qui, à une certaine période de régression, ont été décrites sous le nom de gommes, mais le plus souvent provoquent des infiltrations très étendues.

Selon l'auteur, le cas actuel permet au moins d'affirmer qu'il peut se développer dans la membrane interne, sans que les autres membranes soient envahies, des tumeurs circonscrites de nature spécifique.

Au point de vue du diagnostic différentiel la paralysie progressive a été étudiée cliniquement avec tant de soins que le diagnostic est facile à porter rien que d'après les symptômes initiaux. D'autre part, il est étonnant que les porteurs de cette affection puissent si longtemps vaquer à leurs occupations sans troubles notables. A. Doyon.

Syphilis cérébrale. — Landon Carter Gray. The diagnosis of one form of intra-cranial Syphilis. (*The American Journal of the medical Sciences*, janvier 1892, p. 30.)

L'auteur commence par démontrer que s'il est à l'heure actuelle possible, en présence de symptômes donnés, de dire quelle est la lésion des centres nerveux qui existe, il est absolument impossible de déclarer sans commémoratifs, si elle est ou non d'origine syphilitique. Or, fort souvent les malades ignorent s'ils ont eu ou non la syphilis. Le Dr Gray croit pouvoir affirmer la nature syphilitique des manifestations cérébrales, quand il existe le complexus symptomatique suivant : une céphalalgie spéciale quasi-périodique ayant de la tendance à revenir à certaines heures, plus fréquemment vers le soir, moins souvent dans l'après-midi ou le matin ; une insomnie accentuée qui persiste pendant quelques semaines ; une disparition brusque de la céphalalgie et de l'insomnie lors de l'apparition de symptômes paralytiques ou convulsifs. Si l'on élimine comme causes le traumatisme, les tumeurs, les néphrites, l'hémiplégie de l'adulte âgé de moins de 40 ans, doit aussi être considérée comme syphilitique (ce que nous savons déjà depuis longtemps en France), même lorsqu'elle n'a été précédée ni de céphalalgie, ni d'insomnie. L'auteur publie à l'appui de ses assertions 27 observations détaillées : treize de ses malades ont complètement guéri par le traitement antisyphilitique, quatre n'ont eu qu'une guérison partielle, cinq n'ont pu être suivis. L. B.

Syphilis et paralysie générale. — Christian Geill. Bidrag til Bedemmelsen af den progressive, generelle Parese. (*Hospitalstidende*, 16-23-30 mars 1892.)

Les recherches de l'auteur, faites dans l'asile de l'Aarhus (Danemark), concordent avec les recherches des derniers temps, qui démontrent que l'apparition de la paralysie générale progressive a changé, parce que la forme démente se répand au préjudice de la forme maniaque.

L'auteur dispose de 88 cas de paralysie générale chez l'homme, dont
35 appartenaient à la forme maniaque.
6 — — mélancolique.
4 — — circulaire.
39 — — démente.
4 — — aiguë.
3 — — spinale.

Pendant ce temps (15 ans) on n'avait affaire qu'à 12 cas de pseudo-paralysie.

Nous possédons maintenant pour le Danemark, où les recherches des antécédents des malades ne rencontrent pas des difficultés insurmontables, les renseignements suivants sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale :

STATISTIQUE	SUR				RETROUVÉ INFECTION SYPHILITIQUE		RETROUVÉ CERTAINE	POSSIBLE OU PROBABLE	P. %
Jespersen.....	113 hommes et 10 femmes				95	fois	83	12	77.2
Rohmell......	156	»	38	»	149	»			76.8
Jacobson.....	—	»	100	»	65	»	39	26	52
Lange........	78	»	6	»	43	»	33	10	51
K. Pontoppidan...	75	»	5	»	39	»	29	10	52
Geill.........	88	»	—	»	69	»	57	12	78.8

Comme de coutume, l'auteur nous dit, que chez la plupart des malades il y a eu des symptômes secondaires très légers et passagers sans aucune récidive suivante, mais il oublie de nous raconter le point essentiel à savoir, si les malades ont été ou non soumis à un traitement mercuriel.

E. Ehlers.

Pseudo-paralysie syphilitique. — Moncorvo. Sur la pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot, à propos de trois cas terminés par la mort. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 23 et 30 janvier 1892, p. 42 et 54.)

1° Enfant de 2 mois 1/2, né d'un père syphilitique; cachexie syphilitique avec lésions cutanées caractéristiques, empoisonnement palustre grave, pseudo-paralysie occupant les deux membres supérieurs et le membre inférieur droit; amélioration rapide de l'état général et guérison des lésions osseuses sous l'influence des frictions mercurielles.

2° Enfant de 3 mois, né d'un père syphilitique, d'une mère ayant eu 3 fausses couches et un enfant syphilitique; syphilides cutanées et muqueuses, syphilis très grave, pseudo-paralysie du membre supérieur droit; impaludisme concomitant; en un mois, sous l'influence des frictions mercurielles, disparition des lésions cutanées et de la pseudo-paralysie.

3° Enfant de 1 mois 1/2, né avant terme de parents syphilitiques; syphilis très grave, inertie du bras gauche qui est douloureux et gonflé au ni-

veau de l'articulation du coude, où on perçoit de la fluctuation et de la crépitation ; au bout de 14 jours de frictions mercurielles, le gonflement diminue et en un mois l'enfant peut remuer le membre.

A l'occasion de ces faits, Moncorvo décrit les symptômes de la pseudo-paralysie syphilitique et insiste sur la curabilité fréquente de cette affection, malgré l'état de cachexie des sujets qui en sont atteints : il attribue la guérison, qui survient dans environ 50 0/0 des cas, à l'époque et à l'activité de l'intervention thérapeutique. GEORGES THIBIERGE.

Ataxie de nature syphilitique. — SEMELEDER. Ataxica locomotriz incipiente de naturaleza sifilitica. Heredo-sifilis. (*Gaceta medica de Mexico*, 1891, p. 488.)

Ce travail peut se résumer ainsi : syphilis paternelle avec symptômes d'ataxie locomotrice au début. Enfants hérédo-syphilitiques ; mère indemne. Le malade présentait autour de l'anus des condylomes donnant lieu à un suintement muco-purulent et une aréole brunâtre ; il y avait aussi une fissure. A la partie antérieure du rectum on percevait au toucher une plaque indurée située à deux ou trois centimètres du sphincter ; cette lésion aboutissait en bas à la fissure anale. Sur l'épaule on voyait des taches brunes lenticulaires dont le malade ignorait d'ailleurs l'existence : renseignements négatifs quant à la syphilis. Depuis deux ans, vertiges qui se répètent si fréquemment que le malade ne peut sortir sans être accompagné ; bruit dans les oreilles ; par moments, brouillards devant les yeux ; la vision a un peu diminué, semble-t-il.

Malgré ces données insuffisantes, l'auteur tente un traitement antisyphilitique : injection tous les trois jours de un centigramme de cyanure de mercure. Le traitement venait d'être commencé lorsqu'on présenta à l'auteur une fille du malade, âgée de trois ans et demi et qui présentait une éruption pustulo-croûteuse de la tête, une kérato-conjonctivite droite subaiguë, récidivante, et rebelle comme l'éruption microdontisme. Caractère difficile, ne joue pas, ne parle pas ; elle n'est pas sourde et elle n'a marché que très tard. Tête volumineuse ; crâne natiforme, front olympien ; la stature est celle de son âge ; pas d'infantilisme. L'examen de cette enfant paraît confirmer le diagnostic de la maladie paternelle : il s'agissait d'accidents tertiaires. 4 grammes d'iodure de potassium furent donc ajoutés au traitement. Quant à la fillette, elle fut guérie en trois semaines par la liqueur de Van Swieten, 20 gouttes par jour. Quelque temps après, l'auteur fut consulté pour le fils du malade, âgé de 11 mois, qui était dans des conditions déplorables de développement : tête volumineuse surtout dans son diamètre bipariétal ; pas une seule dent, constipation habituelle. Cet enfant n'avait eu comme sa sœur, ni lésions cutanées ni aucune lésion d'un autre ordre après sa naissance.

Traitement : amélioration rapide. Deux autres fils du malade, âgés de 6 et de 8 ans, présentent aussi des manifestations diverses, dentaires notamment, de syphilis héréditaire. La femme du malade n'a jamais eu d'avortements ni d'accouchements prématurés. Le malade ne se soigne pas et six semaines après il revient voir son médecin. Ce sont les troubles de

la stabilité qui attirent surtout l'attention. Il y a déjà longtemps qu'il ne peut descendre l'escalier sans se tenir à la rampe : étant assis, si on lui dit de se lever et de marcher, il se prépare avec lenteur, s'équilibre d'abord et marche ensuite ; ses pas sont courts et il ne lève pas le pied. Habituellement, il écarte un peu les jambes pour élargir sa base de sustentation. Les yeux fermés, il marche très peu, avec beaucoup de crainte, à pas très courts et sans cesser de laisser les pieds l'un contre l'autre. Il ne peut se tenir sur un pied et il lui semble marcher sur du coton. Réflexes rotuliens conservés : plaque anesthésique de la dimension de la paume de la main sur la cuisse gauche : pas de douleurs fulgurantes, au niveau de la colonne vertébrale deux points douloureux, l'un dorsal, l'autre lombaire. Pas de troubles génito-urinaires; troubles du caractère; il est devenu sombre, taciturne, irascible, inattentif; sa femme dit qu'il a des accès de mauvaise humeur si peu motivés parfois, qu'elle craint qu'il ne devienne fou. L'auteur discute ensuite l'origine de cette syphilis qui a passé inaperçue et il s'exprime ainsi : « Il résulte que mon malade était syphilitique tertiaire avant d'être père ; on peut penser que pour avoir engendré en état de diathèse, mais sans se trouver à une époque d'évolution quelconque, il n'y a pas eu d'avortements antérieurs aux accouchements (comme c'est d'observation vulgaire) et que les enfants n'ont pas présenté de syphilides à leur naissance. Cette autre idée ne me paraît pas inadmissible : le malade est hérédo-syphilitique. Ainsi s'expliquerait la génération de cette syphilis et aussi pourquoi cet homme n'a jamais eu de manifestations spécifiques puisqu'il y était réfractaire dès sa naissance. »

L'auteur signale ensuite ce fait, que les cas de syphilis héréditaire ne sont pas rares à Mexico : il en soigne pour sa part onze qui appartiennent à six familles et qui présentent des accidents divers. Il insiste sur ce fait que lorsqu'il s'agit de syphilis héréditaire tardive, elle est souvent méconnue, parce qu'on est peu habitué à la dépister en raison de ses caractères différents.

Paul Raymond.

NOUVELLES

II[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

VIENNE, 5 AU 10 SEPTEMBRE 1892.

Voici le programme de l'emploi de la semaine du Congrès.

Dimanche, 4 septembre. — A 8 heures du soir, réception et réunion des congressistes au restaurant « Kaiserhof », près de l'Hôtel de Ville.

Lundi, 5 septembre. — A 9 heures, ouverture et première séance du Congrès. A 2 heures, réception à l'Hôtel de Ville par le bourgmestre de la ville de Vienne et visite de l'Hôtel de Ville.

Mardi, 6 septembre. — De 9 heures à 2 heures, séances de travail. De 2 à 4 heures, visite des collections artistiques. A 9 heures, réception par le président du Comité d'organisation.

Mercredi, 7 septembre. — De 9 heures à 2 heures, séances de travail. A 5 heures : *a*) excursion à Baden (fête organisée au parc par les médecins de Baden) ; *b*) excursion à Kaltenleutgeben (professeur Winternitz).

Jeudi, 8 septembre. — De 9 à 2 heures, séances de travail. De 2 à 4 heures, visite des collections d'histoire naturelle. A 8 heures, banquet offert par la Société viennoise de dermatologie au « Sachergarten », au Prater.

Vendredi, 9 septembre. — De 9 à 2 heures, séances de travail. A 5 heures, excursion en commun au Kahlenberg.

Samedi, 10 septembre. — De 9 à 2 heures, séances de travail. Le même soir, ou le lendemain matin, dimanche, excursion à Budapest (professeur Schwimmer).

Le prochain numéro des **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie**, *qui paraîtra le 30 octobre, contiendra le compte rendu du Congrès.*

SOCIÉTÉ DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Réunion à Nuremberg du 12 *au* 16 *septembre* 1892.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Questions proposées à l'avance.

1. — Les lésions viscérales dans les périodes précoces de la syphilis. *Rapporteurs :* D[r] Engel-Reimers et D[r] Alfred Saenger (de Hambourg).

2. — Nouvelles recherches sur la syphilis cérébrale. *Rapporteur :* Dr E. Kreis (de Zurich).

3. — Syphilis des voies aériennes supérieures. *Rapporteurs :* Dr Seifert (de Wurzbourg) et professeur Jurasz (de Heidelberg).

4. — Les lésions vésiculeuses des muqueuses et de la peau au point de vue de leur confusion avec les affections syphilitiques. *Rapporteur :* Professeur Köbner (de Berlin).

5. — Quelle est, de la prostitution publique et de la prostitution clandestine, la plus redoutable au point de vue de la propagation de la syphilis et des autres maladies vénériennes ? *Rapporteurs :* Dr Engel-Reimers (de Hambourg) et Dr Kopp (de Munich).

Communications annoncées.

Dr Staub (de Posen). — Sur le mycosis fongoïde. — Sur les exanthèmes médicamenteux rubéoliformes.

Dr W. Beckh (de Nuremberg). — Présentation d'un cas de trophoneurose gangreneuse bulleuse.

Dr Kollmann (de Leipsick). — La nouvelle technique instrumentale dans le traitement de la blennorrhagie de l'homme, avec démonstrations.

Dr Kopp (de Munich). — Sur la valeur de l'europhène dans la pratique vénéréologique.

Dr Berliner (d'Aix-la-Chapelle). — Sur un cas d'alopécie en aires maligne.

Dr Neebe (de Hambourg). — Les variétés de favus connues jusqu'ici avec démonstration.

Dr Epstein (de Nuremberg).— S ur le traitement du lupus.

Dr Eichhoff (d'Elberfeld) et Dr Unna (de Hambourg) et professeur Schweninger (de Berlin). — Communications diverses.

Tous les collègues qui s'intéressent à la dermatologie et à la syphiligraphie sont cordialement invités à cette réunion.

Le comité d'organisation :

Prof. H. Kobner. Dr W. Beckh. Dr E. Epstein.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

TRAVAUX ORIGINAUX



COUP D'ŒIL SUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA DERMATOLOGIE

Discours prononcé par M. le professeur Hardy, *à la séance d'ouverture du II[e] Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.*

En ma qualité de doyen d'âge des médecins français, qui se sont occupés des maladies de la peau, et peut-être aussi à cause de mes travaux et de mon enseignement, on avait bien voulu me nommer président du premier congrès international de dermatologie et de syphiligraphie qui a eu lieu à Paris, en 1889; c'est, je pense, à cette haute distinction que je dois aujourd'hui le périlleux honneur de prendre la parole après les discours du président et du secrétaire général du présent congrès. Dans cette séance d'inauguration et avant qu'on ne s'occupe de sujets spéciaux, j'ai pensé qu'il serait intéressant de jeter un coup d'œil sur l'état actuel de la dermatologie et de constater les progrès qui ont été accomplis dans cette partie de la médecine pendant ces dernières années. Ce sera une espèce de préface pour les travaux qui vont suivre.

Je n'ai pas l'intention de faire ici l'histoire de la dermatologie, mais je crois pouvoir dire, sans craindre de contradiction, que cette spécialité médicale est d'une date assez récente et qu'on ne s'en est occupé un peu sérieusement que depuis environ une centaine d'années. Je ne dois cependant pas omettre de rappeler que dans le siècle dernier, à peu près en même temps, deux médecins distingués doivent être regardés comme ayant posé les premières bases de la dermatologie; je veux parler de Plenck (1776) qui vivait à Vienne, dans la ville où nous sommes aujourd'hui, et de Lorry, médecin français dont l'ouvrage *De morbis cutaneis* est daté de 1777. Circonstance assez singulière, ces deux auteurs paraissent avoir déjà indiqué, dans leurs œuvres, les tendances ultérieures des deux écoles de Vienne et de Paris, le premier s'attachant aux caractères extérieurs des maladies envisagées sous le rapport local, l'autre divisant les affections cutanées en deux grandes classes, l'une plus nombreuse dans laquelle il rangeait les maladies de cause interne, l'autre comprenant les maladies qui naissent de la peau elle-même, les maladies locales; ne voit-on pas là l'indication de ces deux doctrines qui se développeront plus tard, l'école de Paris considérant les maladies de la peau

comme étant, le plus souvent, le reflet de causes internes, l'autre, l'école de Vienne, ne niant pas complètement l'influence des causes générales sur la production des maladies cutanées, mais ayant de la tendance à regarder la plupart de ces affections comme de causes locales, comme bornées à la peau.

Toutefois, malgré ces travaux de Plenck et de Lorry et même malgré l'ouvrage si remarquable de Willan et de son élève Bateman, la plupart des médecins laissaient de côté, dans leurs études, les maladies de la peau et les ignoraient à peu près complètement, lorsque l'attention fut un peu éveillée, au commencement de ce siècle, par les publications et par l'enseignement des médecins distingués qui se sont succédé à l'hôpital St-Louis de Paris.

Pendant d'assez longues années, cet hôpital fut presque la seule école dermatologique, où les étudiants et les médecins français et étrangers venaient écouter les leçons d'Alibert, de Biett et de leurs élèves, Gibert, Cazenave et Devergie. J'ajouterai aussi, qu'à peu près à cette même époque, parut, en 1827, le traité si remarquable des maladies de la peau, de Rayer, ouvrage dans lequel, à côté de bonnes descriptions cliniques, on trouve des recherches historiques intéressantes et déjà des notions sur quelques maladies, alors ignorées, et dont l'histoire a été complétée plus tard.

Grâce à ces maîtres, on commençait à s'occuper un peu plus de l'étude des maladies de la peau et à en reconnaître l'importance, lorsque parurent trois hommes qu'on peut regarder comme les vrais fondateurs de la science dermatologique moderne : c'étaient, à Londres, Erasmus Wilson, à Vienne, l'illustre Hebra, à Paris, notre Bazin, dont les opinions ont été si vivement discutées. Je n'ai pas besoin de faire ici leur éloge, leur mérite vous est connu et vous savez aussi quelle influence ils ont exercée sur l'avenir de la dermatologie. En effet, à partir du moment où leur enseignement s'est répandu, l'étude des maladies de la peau est devenue plus générale ; de tous les côtés on s'en est occupé, on a créé des cours ; on a publié des ouvrages importants; des journaux, traitant exclusivement des maladies cutanées, ont été fondés ; dans la plupart des pays civilisés, des services spéciaux d'hôpitaux ont été établis pour le traitement des malades et pour l'enseignement des élèves ; en Europe et en Amérique, des sociétés, dont le nombre augmente chaque année, se sont formées, les discussions les plus intéressantes y ont lieu sur des sujets de dermatologie et contribuent aux progrès de cette science spéciale. Dans des temps plus rapprochés, on a établi des laboratoires dans lesquels, suivant la tendance de l'époque actuelle, on s'est livré aux travaux minutieux d'histologie, de bactériologie et de chimie pathologique.

C'est, alimenté par toutes ces sources diverses, et par des travaux

récents que le progrès s'est accompli et que nous sommes arrivés à la situation actuelle que je vais tâcher de vous esquisser dans ses grandes et principales lignes. Je ne puis être complet, je devrais, pour remplir strictement ma tâche, nommer la plupart de ceux qui m'écoutent, car chacun d'eux a apporté sa pierre à l'édifice dermatologique qui s'élève aujourd'hui à une hauteur déjà considérable ; mais j'abuserais de votre patience, si je parlais de tous ceux qui le méritent, et des ouvrages remarquables qui ont paru dans ces dernières années. Voyons donc simplement où nous en sommes à l'époque actuelle, en présentant, comme on le dit en France, le bilan de nos connaissances dermatologiques.

Ce qui frappe tout d'abord aujourd'hui, c'est la perfection avec laquelle sont décrits les types morbides généralement acceptés ; dans les livres, dans les mémoires, dans les cours, tout ce qui a rapport à la maladie cutanée a été étudié dans les plus grands détails ; dans certains ouvrages on a joint, à la description nosologique, des planches coloriées qui constituent des portraits parfaitement ressemblants ; dans notre musée de l'hôpital Saint-Louis, des moulages pris sur les malades eux-mêmes, imitent complètement la nature ; des richesses semblables se trouvent maintenant à Vienne et à Londres et dans la plupart des centres dermatologiques. Il résulte de tous ces travaux une grande facilité pour connaître la maladie sous toutes ses formes. Mais ces études si minutieuses ont eu aussi pour conséquence, de démembrer certains genres nosologiques, d'élever à l'état d'espèces distinctes quelques états morbides qui n'avaient été, jusqu'alors, considérés que comme des variétés, et, surtout, de créer de nouveaux types pour désigner, sous des noms nouveaux, des éruptions qui ne paraissaient pas rentrer par leur apparence symptomatique, par leur marche, par leur cause dans les genres connus. Les recherches histologiques et bactériologiques ont d'ailleurs puissamment contribué à cette nouvelle appréciation et ont grandement ouvert la voie à ces réformes doctrinales.

C'est ainsi que le lichen, déjà ébranlé par Erasmus Wilson, par Hebra, par Anderson et par moi, a été complètement modifié dans ces dernières années et qu'on n'a retenu, pour en faire partie, que quelques espèces morbides dont les principales sont le lichen simple aigu et chronique de Vidal, le lichen plan d'Erasmus Wilson et le *lichen ruber* d'Hebra, en renvoyant les autres variétés classiques décrites sous ce nom, à l'urticaire, à l'eczéma, au prurigo, aux kératoses, et en démontrant cliniquement que les signes regardés comme caractéristiques du lichen, savoir : l'épaississement, la rudesse, la sécheresse de la peau ainsi que l'exagération de ses plis, pouvaient être secon-

daires à d'autres maladies prurigineuses. Il en est de même de l'impétigo et du pityriasis, le premier ne pouvant pas être regardé aujourd'hui comme un genre distinct, le second ayant été rattaché à l'eczéma dont il forme, le plus souvent, le début ou la terminaison et dont le *pityriasis rubra* décrit par Hebra et par Devergie doit être considéré comme une maladie spéciale.

La légitimité du pemphigus a été également attaquée, on a cherché à démontrer que ce genre, caractérisé par la présence d'une bulle, comprend des maladies différentes par leur nature, qui ne doivent pas être désignées sous le même nom. Sous l'influence des travaux de Duhring et de l'école française, on a surtout proposé de distraire de ce genre une maladie à laquelle on a donné le nom de dermatite herpétiforme et que l'école de Vienne continue, jusqu'à présent, à ne considérer que comme une simple variété du pemphigus.

Des travaux importants ont été entrepris sur le sycosis ; à côté de la tricophytie parasitaire, on a distingué des affections particulières des glandes pilo-sébacées, les unes simplement inflammatoires, les autres dans lesquelles on a trouvé, d'après Bockart et Tommasoli, les cocci ordinaires du pus. Sous le nom de folliculites, de périfolliculites, on a encore décrit des variétés importantes du sycosis pilaire de Bazin et de mon adénotrichie (Leloir et Duclaux, Quinquaud, Besnier, Barthélemy).

De récentes découvertes ont encore permis de constituer de nouveaux types de maladies de la peau et parmi eux, je citerai l'actinomycose, maladie parasitaire assez commune chez les animaux et principalement chez les bovidés et qu'on a rencontrée chez l'homme ; le *xeroderma pigmentosum* de Kaposi, les hydradénomes, l'érythème syphiloïde ou vacciniforme des enfants, qu'on a souvent confondu avec les éruptions syphilitiques (Sevestre, Jacquet, Besnier), la farcinose cutanée dont la connaissance est due à l'école française.

Je signalerai encore comme résultats des travaux nouveaux, la connaissance plus approfondie des dermatites exfoliatrices, déjà magistralement esquissées par Erasmus Wilson, Devergie, Hebra et Bazin et dont l'étude a été complétée par Vidal, Besnier et Brocq ; également celle du mycosis fongoïde, indiqué pour la première fois par Alibert, dont l'école française revendique la constitution et dont elle a décrit récemment une forme érythémateuse qui serait sa première période prémonitoire.

Puis j'indiquerai la description d'une éruption généralisée rattachée par Kaposi au lupus, sous le nom de lupus disséminé et acceptée par l'école de l'hôpital St-Louis. Je mentionnerai encore une maladie observée principalement aux pieds et aux mains, désignée par Tilbury Fox sous le nom de dysidrose et que j'ai décrite très exactement comme une variété de l'eczéma, dont l'aspect particulier me paraît dû

à l'épaisseur et à la dureté de l'épiderme dans les régions où elle se développe.

Je devrais encore vous parler des kératodermies nouvellement décrites et qu'on a séparées de l'icthyose vraie, des altérations de la sécrétion sébacée si bien étudiées par Unna, de la maladie de Morvan, caractérisée par des douleurs névralgiques, de l'anesthésie, de l'analgésie des doigts et des mains, suivies de phlyctènes et d'ulcérations, affection qu'on a rattachée à la syringomyélie et que, tout récemment, Zambaco, après examen minutieux des malades, a considérée comme une manifestation de la lèpre, transmise de génération en génération, dans un coin de la Bretagne, depuis le moyen âge. A côté de la maladie décrite par notre compatriote Morvan, je dirai encore un mot de celle indiquée par Weir Mitchel, laquelle consistant dans la sécheresse, la dureté et l'atrophie de la peau, paraît se rapprocher de la sclérodermie.

Ces maladies de Morvan et de Weir Mitchel m'amènent à indiquer spécialement les recherches entreprises pour rattacher certaines dermatoses à des troubles fonctionnels ou matériels du système nerveux, je veux parler de la sclérodermie, du zona, du vitiligo, des pseudo-pelades, de certaines éruptions prurigineuses et peut-être même du psoriasis.

Je devrais encore vous entretenir des maladies artificielles et particulièrement des éruptions dues à l'emploi des médicaments de la série aromatique. Mais je m'arrête pour vous signaler comme appartenant surtout à l'époque actuelle, les résultats de la bactériologie appliquée à la dermatologie, lesquels sont venus étendre le nombre des maladies parasitaires ; le lupus, la lèpre, la morve, certains cas d'érythèmes, d'impétigo, d'ecthyma ont été reconnus comme étant de nature parasitaire ; et dans des circonstances douteuses de diagnostic, la présence reconnue du microbe, sa culture, quelquefois même, comme pour la morve et pour les lésions tuberculeuses, l'expérimentation sur les animaux, ont permis d'affirmer le diagnostic. Dans ce genre de recherches la voie est largement ouverte, et on ne sait encore où elle conduira. Déjà on a tenté de rattacher, bien àtort suivant moi, le psoriasis aux maladies parasitaires (Lang) ; avec plus de probabilité, on a attribué à la présence d'un parasite, la production du mycosis fongoïde, le développement du xanthélasma, ainsi que celui des psorospermoses, dont la maladie de Paget est une des variétés importantes ; Darier, Thibault, Bollinger, Neisser, Moreau, Wickham, ont décrit, pour expliquer l'existence de cette dernière maladie, un parasite, dont les dernières recherches n'ont pas confirmé l'existence. Enfin, à propos de l'éléphantiasis des Arabes, on a énoncé cette opinion que la maladie était causée par la présence des embryons de la filaire dans

les voies lymphatiques. Comme on le voit, pour certains cas, le doute est encore permis, mais les résultats acquis relativement au lupus, à la lèpre, à la morve, sont considérables et appartiennent bien à notre époque.

Il me reste maintenant à parler des modifications apportées dans ces dernières années, au traitement des maladies de la peau. Je me hâte de dire que la médication interne a peu varié; j'ajouterai cependant que nous continuons en France à y attacher une grande importance, ainsi qu'à l'observation des précautions hygiéniques et particulièrement de l'hygiène alimentaire, moins recommandée par les autres écoles. Dans les maladies locales, elles nous paraissent encore utiles et même, dans le traitement des maladies parasitaires, nous sommes d'avis que la médication interne, et particulièrement la médication reconstituante, aide puissamment à la guérison, en modifiant le terrain organique dont la mauvaise disposition aide au développement et à l'entretien du parasite.

Mais si la médication interne est toujours à peu près la même, il n'en est pas de même de la médication externe, qui comprend un grand nombre de moyens nouveaux que nous devons mentionner. C'est ainsi qu'il y a actuellement un traitement chirurgical des maladies de la peau : les scarifications proposées par Balmanno Squire pour les nævi et pour quelques variétés d'acné ont amené des guérisons remarquables entre les mains de l'auteur, de Vidal, de Besnier, de Brocq, et de plusieurs autres médecins, elles ont été appliquées utilement dans certains cas de lupus, dans la kéloïde, dans la séborrhée localisée, et Vidal s'en est même servi avec avantage contre le prurit scrotal. De même les raclages avec la curette de Wolkmann, ou avec tout autre instrument analogue, ont produit de bons effets pour le lupus et pour quelques ulcères chroniques. On a été jusqu'à proposer l'ablation totale de la plaque lupeuse, et comme cette opération est suivie de cicatrices vicieuses, on a cherché à les éviter par une transportation de greffe dermo-épidermique, d'après les procédés de Thiersot, Senger, Vautrin, Roux et Hahn, mais les résultats ne sont pas assez favorables pour encourager à les imiter. Dans les mêmes circonstances, on a substitué aux caustiques minéraux, qu'on employait auparavant, la cautérisation ignée au moyen du cautère Paquelin, plus récemment l'électrolyse et de préférence l'électro-puncture galvanique qui ont été appliquées heureusement à la guérison des nævi et de quelques tumeurs cutanées, au traitement du lupus et même à la destruction de poils mal placés qui font le désespoir de certaines femmes.

A propos des moyens locaux de traitement, nous ne devons pas oublier de parler des pommades préparées avec certaines substances nouvelles,

telles que l'iodoforme, l'iodol, le salol, le dermatol, la résorcine, la cocaïne, l'acide salicylique, et celles qui contiennent l'acide pyrogallique et l'acide chrysophanique conseillées contre le psoriasis ; je ne dois pas omettre de parler de l'ichtyol dont Unna a vanté les bons effets à l'extérieur et même à l'intérieur. Beaucoup de ces substances que je viens de citer ont été aussi employées sous forme d'emplâtres, moyen thérapeutique qu'on a cherché à réhabiliter en conseillant une préparation moins irritante pour la peau.

Je dois signaler, en terminant, comme une méthode qui a été appliquée à la cure de certaines maladies de la peau, l'emploi des injections sous-cutanées, traitement bien contemporain, employé d'abord en Allemagne et qui tend à se vulgariser de tous les côtés. C'est surtout contre les éruptions syphilitiques qu'on a utilisé cette méthode. D'après certains médecins qui l'ont appliquée un grand nombre de fois, on obtiendrait de cette manière, au moyen d'injections de préparations mercurielles variées, des résultats plus prompts et plus durables que par les mêmes médicaments administrés par la bouche ou par frictions, non seulement pour la guérison des syphilides, mais pour celle des divers accidents syphilitiques.

Je devrais parler ici, à propos des injections sous-cutanées, du traitement de Koch préconisé contre les affections tuberculeuses de la peau, mais il s'agit là plutôt de thérapeutique générale que de thérapeutique cutanée et je ne veux pas entrer dans la discussion de cette méthode nouvelle, il me suffit de l'avoir signalée comme appartenant à notre époque.

J'en ai dit assez pour que vous puissiez juger que, pour le traitement des maladies de la peau, la chirurgie a étendu son domaine comme elle l'a fait pour beaucoup d'autres affections. Décidément, la fin de ce siècle appartient aux chirurgiens.

Après ce résumé, que j'aurais voulu rendre plus court, je crois pouvoir affirmer que la dermatologie est en progrès, et qu'elle s'est élevée au niveau des autres parties de la science médicale ; mais je pense que nos efforts seraient bien plus fructueux, si nous avions pour nous guider une doctrine généralement acceptée, ou au moins une nomenclature et une classification communes. Aujourd'hui, c'est la classification d'Hebra qui domine presque partout en Europe et en Amérique ; je reconnais ses qualités, elle est simple, elle s'appuie sur une base solide, l'anatomie pathologique, mais elle a l'inconvénient grave de séparer des maladies qui se ressemblent et de réunir dans une même classe des affections de nature bien différente ; on peut lui faire les mêmes reproches qu'on a adres-

sés à la classification de Willan. En France nous avons toujours eu de la tendance à nous appuyer sur la nature réelle ou présumée des maladies cutanées pour les classer et pour les décrire ; si elle était exacte, cette méthode serait certainement la meilleure, car elle permettrait de réunir des types pathologiques qui ont des causes identiques et dont le traitement est à peu près le même ; et, de cette manière, l'indication de la classe à laquelle appartient telle maladie apprendrait de suite sa nature et éclairerait sur le traitement convenable. C'est ce que Bazin et moi nous avions tenté de faire ; malheureusement les critiques légitimes n'ont pas manqué, la nature d'un certain nombre de maladies n'étant pas démontrée actuellement, et ces maladies étant placées un peu arbitrairement dans la classe où on les fait figurer. Aussi en France, en ce moment, il n'y a plus de doctrine, il n'y a plus de classification dermatologique, on se contente de colliger des faits sans les classer et on demeure, pour mieux faire, dans une attente scientifique ; c'est ainsi que les auteurs des derniers ouvrages sur les maladies de la peau en ont été réduits à décrire les maladies d'après l'ordre alphabétique de leur nom. Et cependant, il faut une classification, un ordre dans toute science, si on veut qu'elle se maintienne et qu'elle progresse ; c'est une nécessité pour l'enseignement, qui doit procéder du simple au composé, des connaissances générales aux cas particuliers. Outre le mérite de l'auteur et de son savant continuateur, notre éminent président, le succès de l'œuvre d'Hebra tient en grande partie à sa classification.

Malgré les difficultés qui ne me paraissent pas insurmontables, il est donc nécessaire qu'il existe une classification et une nomenclature dermatologiques, et ce qu'un homme seul aurait de la peine à faire accepter, une assemblée telle que celle devant laquelle j'ai l'honneur de parler peut l'entreprendre avec chance de succès ; aussi, en terminant, je demande qu'on mette à l'ordre du jour du prochain congrès, l'adoption d'une classification et d'une nomenclature dermatologiques. Que chacun de nous y réfléchisse, qu'on propose des plans, on les discutera et on tâchera d'arriver à un résultat nosologique qui devra contribuer à l'éclat et aux progrès incessants de la partie de la science médicale qui a pour but l'étude des maladies cutanées.

CONSIDÉRATIONS SUR LE PRURIGO DE HEBRA

Par **Émile Vidal** (1).

I

Dans une des séances du premier Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie (séance du 5 août 1889), prenant part à la discussion ouverte sur la première question, « De la constitution du groupe lichen », j'avais cherché à faire valoir les raisons pour lesquelles le *lichen simplex circonscrit* (*lichen circumscriptus* de Willan et Bateman) a plus de droits à faire partie du groupe lichen que n'en a le *lichen scrofulosorum*. En effet, ce soi-disant lichen des scrofuleux a toujours été regardé par l'école française comme une variété de *folliculite pilo-sébacée chronique* et, d'après les recherches récentes de Jacobi, de Sack, d'Hallopeau et Darier, cette lésion folliculaire devrait être classée dans les manifestations de la tuberculose cutanée.

J'avais protesté contre l'exclusivisme de la classification de F. von Hebra, du savant dermatologiste dont nous sommes tous les admirateurs, du maître éminent entre tous, auquel je suis heureux de pouvoir rendre hommage, dans cette enceinte de l'Université de Vienne dont il est une des plus glorieuses illustrations, du fondateur de cette grande École dermatologique viennoise dont les remarquables travaux ont si puissamment contribué à mettre l'étude des maladies cutanées dans la voie scientifique qui, en si peu d'années, a conduit à tant de découvertes importantes et nous a permis de réaliser tant de progrès. J'avais cherché à faire prévaloir l'opinion que j'ai toujours professée, dans mes leçons et dans mes publications (2), en disant que le lichen ne doit pas être confondu avec l'eczéma, que c'est une dermatose subordonnée à l'état nerveux de la peau, ayant plus de rapports pathogéniques avec l'urticaire qu'avec l'eczéma. J'ai été seul de mon avis et pas une voix ne s'est alors élevée pour défendre la thèse que je soutenais.

Actuellement, grâce aux publications de mon savant collègue et ami, le Dr Brocq, grâce aux recherches qu'il a faites avec le Dr Jacquet (3), l'étude des névrodermites, au nombre desquelles le lichen

(1) Communication faite à Vienne, au IIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

(2) E. VIDAL. Du lichen (lichen, prurigo, strophulus), in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1886, p. 133.

(3) L. BROCQ et L. JACQUET. Notes pour servir à l'histoire des névrodermites. Du lichen circumscriptus des anciens auteurs ou lichen simplex chronique de M. le Dr E. VIDAL, in *Annales de dermatologie*, 1891, p. 97.

simplex chronique et le prurigo tiennent la place la plus importante, a fait de notables progrès et la plupart des dermatologistes français admettent l'individualité du lichen simplex chronique et ne le confondent plus avec l'eczéma.

F. von Hebra avait rejeté le lichen circonscrit dans l'eczéma, d'accord sur ce point avec Erasmus Wilson et avec le professeur Hardy. Pour faire rentrer dans le cadre de l'eczéma le lichen simplex qui peut, pendant toute sa durée, rester à l'état papuleux, à l'état sec, sans eczématisation secondaire, sans se couvrir de croûtes, sans avoir la desquamation de l'eczéma sec, il a créé le nom de « eczema papulatum ».

Dans sa magistrale description du *prurigo ferox*, il indique qu'avec les grosses papules, on en voit de très petites qui, pour nous, ne sont autres que des papules de lichen. Il insiste aussi sur l'épaississement, sur l'induration des téguments modifiés par cette dermite chronique, sur cette période avancée du processus que nous appelons, avec Brocq, « lichénification », ou avec E. Besnier, « lichénisation ».

Cet état deutéropathique de la peau, cette dermite consécutive au lichen ou au prurigo, peut survenir aussi à la suite de l'eczéma chronique. Il n'est pas rare de l'observer dans ces dermites artificielles provoquées et entretenues par des agents externes irritants, comme celles qu'on voit chez les boulangers, les épiciers, les maçons, etc., etc. Ces dermites, d'autant plus intenses, d'autant plus compliquées de lésions secondaires que les sujets sont plus prédisposés, doivent être retranchées du groupe de l'eczéma et appartiennent aux éruptions artificielles.

Si j'insiste sur ces préliminaires, c'est qu'il est nécessaire de se rendre compte des diverses phases du processus de la dermatose qui correspond au *prurigo agria*, au *lichen agrius* de Cazenave, de Devergie et des auteurs français, dermatose pour laquelle mon savant collègue et ami Ernest Besnier a proposé le nom généralement adopté de *prurigo de Hebra* et que j'ai dénommée : *Lichen polymorphe ferox*

Bien que le terme de *prurigo*, dont Hebra a fait une critique si vive, me paraisse moins approprié que celui de *lichen* qui est générique du mode de processus pathologique dont le prurigo de Hebra est un des types les plus complets et pour ne pas discuter en ce moment la question de terminologie, je me servirai indifféremment du mot de prurigo ou de celui de lichen, le prurigo n'étant, au point de vue anatomo-pathologique, qu'une grosse papule de lichen ou le lichen n'étant qu'une petite papule de prurigo.

II

Le prurigo de Hebra est-il « une maladie indépendante qui n'a aucun rapport avec les autres dermatoses », comme le dit notre émi-

nent président, le professeur Kaposi (1)? Sur ce point je suis en désaccord avec l'École de Vienne. F. von Hebra pensait que « le prurigo est une affection de la peau en elle-même, n'affectant que la peau seule et sans relations avec les états morbides réels ou imaginaires des humeurs et des solides de l'organisme ». J'avoue ne pas très bien comprendre ce que peut être une maladie de la peau en elle-même et si depuis plus de vingt ans je n'avais pas combattu contre l'hypothèse de la diathèse dartreuse ou herpétique, me rangeant ainsi sous la bannière de F. von Hebra qui en a été le plus redoutable adversaire, je me croirais ramené au temps où l'on admettait encore des diathèses organiques, telles que la diathèse anévrysmale, la diathèse cardiaque, la diathèse veineuse, la diathèse hémorrhoïdaire, etc.

Les connaissances nouvelles que nous avons acquises sur la pathogénie du lichen et sur les manifestations secondaires qui peuvent en modifier l'apparence et en faire une dermatose polymorphe sont applicables à l'étude du prurigo de Hebra.

Dans le lichen simplex circonscrit on voit les papules succéder au prurit, naître sous l'influence du grattage et de toutes les causes irritantes directes ou indirectes, externes ou internes qui peuvent agir sur le tégument cutané pour provoquer, entretenir ou réveiller la congestion œdémateuse des papilles.

Dans le prurigo de Hebra le prurit précède également l'apparition des papules. Lorsque cette dermatose commence à un âge auquel les malades peuvent rendre compte de leurs sensations et de leurs symptômes subjectifs, par exemple après l'âge de cinq ans, comme nous en avons vu un certain nombre d'exemples, les malades affirment que le prurit a précédé l'éruption et qu'il est prémonitoire des poussées et des exacerbations successives. Nous pensons que l'éruption urticarienne, considérée comme le premier symptôme du prurigo de Hebra chez les enfants du premier âge et qui apparaît le plus souvent pendant la première dentition, est vraisemblablement précédée de prurit, comme l'indiquent l'agitation, l'insomnie des enfants, pendant cette période d'éréthisme nerveux qui préexiste ordinairement à l'apparition de l'urticaire.

Avec ces éléments urticariens connus autrefois sous le nom de *strophulus* (*strophulus pruriginosus* de Hardy) et que Rayer rattachait avec raison au lichen, avec ces petits pomphi plus persistants que ceux de l'urticaire, même de l'urticaire chronique, on ne tarde pas à voir paraître des papules. Un grand nombre de ces papules succède *in situ* à l'élément urticarien dont elles fixent, en quelque sorte, la lésion papillaire. Cette première phase du prurigo, déjà

(1) KAPOSI. *Pathologie et traitement des maladies de la peau.* Traduction d'E. Besnier et A. Doyon, 1891, 2e édition française, vol. I, p. 720.

indiquée par F. von Hebra, signalée par tous les auteurs, a été très bien étudiée, au point de vue de sa symptomatologie et de son anatomie pathologique, par le savant secrétaire général de notre Congrès, le D[r] Riehl (1).

On voit bientôt survenir de grosses papules mélangées de papules plus petites. En se multipliant ces papules deviennent confluentes en certains points et j'ai vu souvent des plaques de lichen circonscrit accompagner au début, chez les jeunes enfants, le prurigo de Hebra.

Graduellement se fait la *lichénisation* de la peau ; elle s'hypertrophie, s'indure, en subissant un travail de dermite chronique identique à celui que nous avons maintes fois constaté dans le processus avancé du lichen simplex chronique circonscrit.

L'évolution de ce processus est souvent hâtée par des irritations et des éruptions intercurrentes, véritables éruptions adventices, lésions secondaires qui donnent au prurigo de Hebra un caractère de polymorphisme si accentué que nous l'avons dénommé le LICHEN POLYMORPHE FEROX. Sous l'influence du grattage, des frottements par les vêtements, des applications irritantes, etc., le derme est excorié et ouvert aux inoculations microbiennes des éléments parasitaires de la suppuration : de là formation de vésicules, de pustules, de croûtes, d'abcès sous-épidermiques, de furoncles, etc., de là aussi l'état eczématoïde, impétigineux, ecthymatoïde, etc., résultant de l'inoculation des staphylocoques du pus. Ces accidents sont surajoutés au prurigo de Hebra, mais ne lui appartiennent pas en propre, comme les lésions du processus primaire. On peut les prévenir, comme nous le verrons plus loin, en parlant de la curabilité, possible en quelques cas, de cette dermatose.

A l'état de nervosisme qui préexiste à la névrodermite, à la formation des éléments urticariens, puis plus tard des papules et de la lichénisation, avec induration du derme, vient s'adjoindre une autre condition pathogénétique apportée aussi par la constitution du sujet et pouvant expliquer le polymorphisme, la marche chronique, la longue durée du prurigo de Hebra et son incurabilité dans le plus grand nombre des cas. Cet élément était pour Cazenave, pour Devergie et pour Bazin, la constitution scrofuleuse du malade ; c'est pour nous la disposition lymphatique prise au sens, dans lequel l'entend Virchow, de système lymphatique exagéré dans son développement et dans sa vulnérabilité.

(1) G. RIEHL. Ueber die pathologische Bedeutung der Prurigo. *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1884, p. 41.

III

Le prurigo de Hebra ne commence pas toujours dans la première enfance. Ainsi que Ernest Besnier, ainsi que la plupart des dermatologistes français, ainsi que Ehlers (de Copenhague) dans sa statistique des observations de Haslund (1), j'ai vu cette dermatose débuter entre l'âge de 10 à 15 ans et même plus tard. Un de mes malades avait 35 ans lors des premières manifestations de la dermatose. C'est entre 15 et 30 ans qu'elle avait commencé chez neuf des malades de Ehlers. Ces faits démontrent que la règle posée par Hebra et par Kaposi, tout en étant vraie dans la pluralité des cas, n'est pas absolue et qu'on peut voir exceptionnellement le prurigo de Hebra débuter après la première enfance.

IV

Le prurigo de Hebra n'est pas toujours incurable ainsi que l'ont dit F. von Hebra et Kaposi. On peut voir quelques cas de guérison ; on peut surtout obtenir des améliorations et des rémissions de longue durée : 1° en protégeant la peau des malades contre le grattage auquel un prurit, souvent féroce, les incite incessamment ; 2° en l'abritant contre l'action des agents extérieurs irritants et contre l'inoculation des microbes de la suppuration. On arrive à remplir ces indications en couvrant la peau de toiles emplastiques parmi lesquelles le sparadrap à l'huile de foie de morue, additionnée de menthol ou de naphtol, me paraît être un des meilleurs topiques. Les pommades au naphtol, le glycérolé d'amidon additionné de 5 0/0 d'acide tartrique et de 2 à 5 0/0 de menthol sont aussi de très bons agents du traitement externe.

Conclusions.

1° Le *prurigo de Hebra* est, ainsi que le *lichen simplex circonscrit*, une névrodermite papuleuse chronique qui dans une classification anatomo-pathologique doit être rangée dans les affections papuleuses, et dans une classification pathogénique appartient aux dermatoneuroses.

2° Le prurigo de Hebra n'est pas une maladie indépendante : c'est la résultante de plusieurs conditions pathogénétiques dont les deux

(1) EHLERS. Communication provisoire concernant une série de recherches sur le prurigo de Hebra. *Bulletins de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1892, p. 403.

majeures sont le nervosisme et la constitution lymphatique (diathèse scrofuleuse des anciens auteurs).

3° Commençant généralement dès les deux premières années de la vie, il n'est pas très rare d'en voir les premières manifestations pendant la seconde enfance et même pendant la jeunesse.

4° Bien que la guérison ne soit pas la règle, elle n'est cependant pas très rare. Par un traitement bien dirigé, en protégeant la peau contre toutes les causes excitatrices de prurit, on peut obtenir des améliorations et des rémissions de longue durée.

SUR LES
ÉRYTHRODERMIES DU MYCOSIS FONGOIDE

Par **Ernest Besnier** et **H. Hallopeau** (1).

La nature myco-fongoïde de certaines érythrodermies généralisées, considérée comme très probable par nous en 1889, a été, depuis lors, mise au-dessus de toute contestation par les nouveaux faits que nous avons communiqués à la Société française de dermatologie ; nous nous proposons aujourd'hui d'indiquer, dans un tableau d'ensemble, quels sont les caractères cliniques de ces dermatoses, sous quelles formes diverses elles se présentent, quels sont leurs rapports avec les autres manifestations du mycosis fongoïde et quelles difficultés peut en soulever le diagnostic. Les faits sur lesquels nous nous appuierons sont au nombre de six : cinq d'entre eux ont déjà été publiés en totalité ou en partie : nous en résumerons les principaux traits ; deux de nos malades les plus importants sont encore en observation.

I. — Exposé des faits

Observation I. Communiquée par E. Besnier, à la réunion clinique de l'hôpital St-Louis le 28 mars 1889. (Résumé.)

La maladie de C. C... a débuté en octobre 1888 par une série de *nodosités* prises par le médecin traitant pour des furoncles ou des anthrax, mais qui, lorsqu'elles s'ouvraient, donnaient issue, pour la plupart, à un liquide clair et légèrement collant et non à du pus. Le malade éprouva ensuite de violentes *démangeaisons* ; sa peau devint le siège d'une éruption rouge qui bientôt en occupa toute la surface. Au premier examen, on constate une *rougeur* universelle, violacée par places et une desquamation généralisée sans squames agglomérées ; il existe des fissures, prononcées surtout aux doigts et aux mains ; la peau est partout infiltrée et *épaissie ;* elle est en même temps plissée et semble devenue *trop large* pour les parties sous-jacentes ; on voit, sur les oreilles, de petites croûtes recouvrant des fissures ; les cheveux et les poils tombent ; on compte 18 nodosités furonculoïdes et, en outre, au sacrum, une tumeur saillante en forme de macaron.

La tuméfaction des téguments de la face et l'exagération de leurs plis donnent à cette région un *aspect léontiasique* tout particulier ; il en résulte que ce malade offre une ressemblance extraordinaire avec le masque chro-

(1) Communication faite au IIe congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

mographique du cas de lymphodermie pernicieuse représenté par Kaposi.

Le grattage incessant amène des excoriations et du suintement, mais sans lésions de prurigo ; la température cutanée est d'un demi-degré supérieure à la normale. Le malade s'athrepsie rapidement, est atteint d'une diarrhée incoercible, et succombe en juin 1889.

Obs. II. Communiquée par M. Vidal à la réunion clinique de l'hôpital St-Louis du 28 mars 1889. (Résumé.)

D..., André, âgé de 66 ans, a vu son éruption commencer trois ans auparavant après un bain trop chaud ; elle était caractérisée d'abord par des boutons rouges disséminés sur les avant-bras et des plaques rouges suintantes très prurigineuses sur la poitrine et le dos ; depuis lors, elle s'est graduellement étendue ; elle envahit la face en septembre 1884 ; le malade entre alors à St-Louis.

La face a une physionomie toute spéciale : la peau y est rouge, luisante, comme vernissée, surtout à la région malaire, épaissie et indurée ; le cuir chevelu est également épaissi ; au cou et à la nuque, la peau, rouge et épaissie, présente des plis linéaires ; la peau du dos et de la poitrine est très irrégulièrement épaissie et tigrée de larges taches rouges ; dans les régions du ventre et des reins, la peau est seulement le siège d'un épaississement sclérémateux très accusé ; au niveau des membres, l'éruption ne s'est pas actuellement généralisée ; il n'y a que par places de la rougeur et de l'épaississement de la peau. Ultérieurement, il se fait une série de poussées, avec réaction fébrile, augmentation de la rougeur et de la tuméfaction cutanées dans les parties où elles existaient et envahissement de nouvelles régions ; le tégument est parfois intéressé dans presque toute son étendue ; ces poussées durent quelques jours ; elles laissent à leur suite, soit de la rougeur, soit une pigmentation avec épaississement ; les cheveux ainsi que les poils des aisselles et du pubis tombent en totalité ; il reste seulement quelques poils aux lèvres et au menton ; sur la voûte crânienne, les follicules pileux sont élargis et obstrués par des amas d'épiderme. Il ne se produit pas de desquamation, sauf très passagèrement et dans des régions très limitées. Le prurit est intense et incessant ; il donne lieu à de nombreuses marques de grattage, mais non à des lésions de prurigo ; les ganglions des régions parotidiennes, axillaires et inguinales sont énormément tuméfiés.

Outre les érythrodermies, il se produit des plaques rouge foncé, très saillantes et de consistance molle ; elles s'affaissent bientôt et laissent à leur place des placards rouges et diffus ; à plusieurs reprises, il survient des éruptions de pustules ecthymateuses ou d'impétigo ; parfois, on note des ulcérations superficielles et suintantes : elles sont vraisemblablement consécutives au grattage. Il se produit dans la bouche, sur le bord des lèvres, de petites ulcérations superficielles blanchâtres. En diverses régions, la peau est le siège de nodules très durs qui se déplacent d'un jour à l'autre : quelques croûtes sont enchâssées dans la peau au niveau du cuir chevelu. Pendant les poussées, les conjonctives et les cornées sont intéressées : il en résulte une kératite ulcéreuse ; plus tard, on note que les

conjonctives sont injectées et les cornées en partie opaques et recouvertes de fausses membranes; il y a de l'ectropion. Le malade meurt 5 ans environ après le début de sa dermatose. L'examen du sang avait montré qu'il y avait de la leucocytose et de l'hypoglobulie, mais non de la leucémie; la rate était plutôt petite.



Cette observation est publiée sous le titre de lymphodermie pernicieuse, mais M. Vidal ne considère pas comme démontré qu'il s'agisse d'une maladie différente du mycosis fongoïde.

Obs. III. — *Sur une lymphodermie scarlatiniforme, début probable d'un mycosis fongoïde.* Communication faite au congrès international de dermatologie et de syphiligraphie le 9 août 1889, par H. Hallopeau. (Résumé.)

Le malade, âgé de 47 ans, fait remonter au mois de septembre 1886 le début de son éruption; elle a été précédée et accompagnée de vives démangeaisons ainsi que de tuméfaction des ganglions inguinaux et axillaires; d'abord limitée aux parties latérales du ventre et de la poitrine, elle s'est bientôt étendue à presque toute la surface du corps. Au moment de l'entrée, elle est presque partout uniforme et rappelle, à s'y méprendre, l'aspect de la scarlatine; il n'y a d'intervalles de peau saine qu'au-dessous des clavicules, aux coudes, aux avant-bras et aux extrémités; la peau est épaissie; ses plis sont plus marqués qu'à l'état normal; les surfaces rouges forment un relief très peu prononcé, appréciable à la vue seulement, au-dessus des rares parties qui sont restées indemnes; la desquamation est pour ainsi dire nulle; les adénopathies forment des masses énormes dans les régions indiquées. Le prurit incessant s'exaspère fréquemment et le malade se gratte alors avec frénésie; il se fait des excoriations parfois consécutives à des vésicules ou à des phlyctènes, d'autres fois des ecchymoses, mais jamais de prurigo; la facilité avec laquelle on produit des ecchymoses par le simple grattage indique une diminution de la résistance que les parois des capillaires opposent normalement au passage des globules rouges; à plusieurs reprises, il se produit des plaques saillantes et indurées; elles disparaissent généralement au bout de peu de jours; plusieurs d'entre elles cependant, siégeant au scrotum et atteignant le volume d'un haricot, persistent; elles ont les caractères de néoplasies mycosiques. L'intensité de la rougeur varie souvent d'un jour à l'autre. Une biopsie, pratiquée par M. Wickham, dénote la formation, au-dessous du corps papillaire dégénéré, d'une couche relativement épaisse de tissu adénoïde; il n'y a pas de leucémie. Le malade a succombé l'année suivante sans avoir présenté de nouveaux phénomènes morbides.

Obs. IV. Communiquée le 10 décembre 1891 à la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, par MM. Hallopeau et Jeanselme, dans une *note sur la forme érythrodermique généralisée du mycosis fongoïde et sur les poussées aiguës qui surviennent dans le cours de cette maladie.* (Résumé.)

Il s'agit d'un père franciscain, âgé de 44 ans, chez qui les premières

manifestations de la maladie se sont produites 9 ans auparavant; elles ont consisté d'abord en des éruptions successives et multiformes, accompagnées d'une sensation de vive chaleur et de violentes démangeaisons.

L'un de nous, E. Besnier, qui donna des soins à ce malade, à intervalles éloignés, MAIS PENDANT PLUSIEURS ANNÉES CONSÉCUTIVES, pour un *prurit* cutané à lésions multiformes : urticaire pigmentaire, éruptions acnéiques, plaques lichénoïdes, placards eczématoïdes légèrement humides et croûtelleux, constate, pour la première fois seulement en juillet 1891, des *indices mycosiques positifs*, infiltrations du derme au niveau des fesses et des cuisses, ainsi que des adénopathies inguinales et axillaires, et enfin une tuméfaction notable des mamelons. Il diagnostique alors un mycosis fongoïde, larvé jusqu'à cette époque, sous les caractères ci-dessus indiqués. Il décide le malade à entrer à St-Louis, en septembre 1891, et c'est à ce moment, pour la première fois, qu'il se fait, à quelques semaines d'intervalles, trois poussées successives d'érythrodermie scarlatinoïde généralisée avec réaction fébrile; elles sont suivies d'une abondante desquamation qui se renouvelle pendant plusieurs semaines, rappelant celle que l'on observe dans l'érythème scarlatiniforme récidivant. En décembre, cette desquamation a presque entièrement disparu, mais la rougeur scarlatiniforme persiste; elle s'accompagne d'une induration et d'une tuméfaction du derme très prononcées. Cet épaississement est surtout marqué au niveau des paupières supérieures, des oreilles, du fourreau de la verge et des mamelons qui sont très proéminents. Les plis naturels s'exagèrent et se multiplient, la peau tuméfiée semblant trop large pour les parties sous-jacentes; de nombreux plis parallèles se sont ainsi produits dans les régions abdominale et fessière; en diverses régions, et particulièrement aux cuisses, ces plis forment un quadrillage très accentué. Le système pileux est en voie de disparition; l'alopécie est à peu près absolue sur toute la partie supérieure du crâne; les cils et les sourcils sont très raréfiés, les régions axillaires et le scrotum presque glabres; les ongles sont intacts.

Dans plusieurs régions, la peau est soulevée par des élevures peu prononcées, mais d'aspect caractéristique : ce sont des néoformations mycosiques. Des adénopathies volumineuses existent aux aines et dans les aisselles. Il n'y a pas de leucémie. La rate ne paraît pas augmentée de volume.

Nous avons continué, depuis notre communication à la Société de dermatologie, à observer ce malade; la suite de son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

La poussée érythrodermique signalée retrocède rapidement; la rougeur persiste néanmoins sur toute la surface du corps, mais, en plusieurs régions, il faut la chercher : elle est surtout prononcée, sur les parties latérales de la région dorsale, dans les aisselles, dans les flancs et au niveau des membres inférieurs. Les téguments restent très notablement épaissis; leurs plis sont exagérés. De nouvelles tumeurs mycosiques se sont manifestées en même temps que d'autres s'affaissaient; elles sont

cependant encore peu nombreuses et peu volumineuses ; la plus considérable est toujours celle qui a été signalée entre le mamelon et l'aisselle du côté gauche : elle mesure environ 4 centimètres verticalement sur 3 transversalement : elle s'est affaissée dans une partie de son étendue. La santé générale est relativement bonne ; il ne se produit plus de poussées fébriles.

Comme phénomènes nouveaux, il faut mentionner l'*apparition, sur toute la surface du corps, de taches pigmentées*, et celle, à la face, de petits *nodules miliaires*, de coloration blanchâtre, qui offrent tous les caractères de ceux qui sont produits par l'oblitération des conduits sudoripares.

Les taches pigmentées sont disséminées sur toute la surface du corps : on en voit un plus grand nombre sur les pavillons des oreilles et sur le dos des mains ; quelques-unes d'entre elles sont légèrement saillantes ; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis : leur forme est irrégulièrement arrondie ; leur coloration est généralement d'un brun très foncé, presque noire ; quelques-unes sont d'un brun plus clair : elles ne pâlissent nullement sous la pression du doigt ; certaines sont légèrement déprimées, dans leur partie centrale.

On voit en outre un grand nombre de *macules décolorées*, mais, le malade présentant à la face, et particulièrement sur le lobule du nez, des cicatrices de variole, on doit se demander si les macules ne reconnaissent pas la même origine : il affirme, il est vrai, qu'elles sont d'origine récente ; mais il est possible qu'elles remontent au contraire à la convalescence de sa variole et qu'elles ne soient devenues apparentes qu'au moment où s'est produite l'érythrodermie.

Les adénopathies inguinales et axillaires ont très notablement diminué de volume depuis l'époque de la poussée érythrodermique.

OBS. V. — Malade présenté par E. BESNIER à la *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, le 10 mars 1892. (Résumé.)

Après une période antémycosique qui a duré près de 5 ans, a été caractérisée par un *prurit cutané paroxystique, avec des lichénisations et des eczématisations disséminées partielles*, des formations ecthymatoïdes, observées par Vidal, et par Wickham, et a été considérée surtout comme du « lichen », il s'est développé *brusquement*, d'une façon inopinée, et sans aucune cause connue, au mois d'octobre 1891, en même temps qu'un paroxysme de prurit cutané, de nombreuses petites tumeurs mycosiques dont plusieurs se sont *très rapidement ulcérées*, des tumeurs ganglionnaires et peu après, ou peut-être simultanément, une *érythrodermatite* généralisée. Au moment de la présentation du malade à la Société française de dermatologie, il existe à peine quelques îlots de réserve, distribués surtout entre les épaules ; partout ailleurs, la peau est d'un rouge violâtre ; elle est le siège d'une desquamation furfuracée, visible partout, peu marquée aux membres inférieurs, très évidente aux membres supérieurs et sur le tronc, principalement aux épaules ; dans les endroits où la peau est plus fine, comme aux mamelons, cette desquamation se fait par croûtelles qui ne s'éliminent pas et finissent par former un enduit jaunâtre craquelé, d'aspect séborrhéique ; pareils faits se produisent aux plis naturels, et à l'ombilic. Le tégument est infiltré et ses *plis* sont *épaissis ;* il garde l'impres-

sion du doigt. Les masses ganglionnaires font saillie dans les régions axillaires et inguinales. Il n'y a pas de leucémie. L'épaisseur sans rides de la peau du front, le double ectropion donnant aux yeux un aspect pleurard, l'absence des plis normaux de la face et l'élargissement de sa base par l'envahissement de tumeurs mycosiques, tout contribue à rendre cette tête aussi caractéristique du mycosis fongoïde que le léontiasis l'est de la lèpre. Ce malade a succombé rapidement avec une athrepsie suraiguë à des accidents de staphylococcémie.

Obs. VI. (Inédite.)

X..., 60 ans, vigoureusement constitué, habitant un département du centre de la France, n'a jamais été malade jusqu'au début de l'affection actuelle, aux premiers mois de l'année 1891.

La maladie a commencé par du *prurit*, et par la formation de « *plaques rouges* » ; limitée d'abord aux membres inférieurs, elle s'est étendue progressivement et rapidement aux autres parties du corps, mettant environ trois mois à se généraliser. En même temps que le prurit et l'éruption rouge, il se produisait des *sudations abondantes*, pour lesquelles le médecin traitant a prescrit de l'atropine ; sous l'action de cette médication, ou en coïncidence avec elle, les phénomènes éruptifs sont devenus plus intenses, mais l'érythrodermie existait déjà auparavant.

Le *prurit* a été, dès le commencement, d'une violence extrême, et, depuis lors, il n'a jamais cessé ; il coexiste avec une sensation de cuisson, de brûlure, très pénible ; il s'accroît après les repas et devient alors intolérable.

Pour se soulager, le patient *se met nu et se frictionne avec frénésie, soit avec les ongles, soit avec une brosse ; ses ongles, usés et polis*, témoignent de ce grattage ; néanmoins la peau ne présente, en aucun point, de lésions de prurigo.

La *couleur* de la peau est d'un rouge scarlatiniforme intense ; cette rougeur généralisée, uniforme, est moins prononcée à la face et aux extrémités que sur le reste du corps ; elle est plus marquée à la nuque, dans les régions axillaires, inguinales et poplitées, ainsi qu'aux lombes. Elle est discontinue seulement à la partie postérieure et externe de la cuisse droite ; elle forme, dans cette région, des taches de deux à trois millimètres de diamètre, légèrement saillantes, presque confluentes.

De plus, phénomène très curieux, sur les grandes nappes rouges du tronc, il s'est produit des *centres de décoloration et de régression* qui constituent des disques blancs, se détachant avec une grande netteté sur les surfaces rouges qui les entourent ; on en compte quatre au-devant du tronc, trois dans le dos, autant ou plus sur la cuisse gauche et sur les membres supérieurs, en tout une vingtaine ; leurs dimensions varient de celles d'une pièce de cinquante centimes à celles d'une pièce de 5 francs ; la sensibilité y est conservée ; ils semblent déprimés, mais ce n'est là qu'une apparence due à la saillie des parties rouges qui les environnent Cette saillie est des plus nettes à la vue et au toucher ; elle est en relation avec l'épaississement que présentent partout à un degré variable les parties rouges.

Pas d'examen de sang !

En effet, dans toute l'étendue de l'érythrodermie, la peau est beaucoup *plus épaisse* qu'à l'état normal, le pli qu'elle forme quand on la prend entre les doigts est considérablement accru, et *sa consistance est notablement augmentée ; cette augmentation est telle que les instruments tranchants introduits pour pratiquer les biopsies n'ont pu pénétrer que difficilement ;* il a fallu, pour les introduire, vaincre une très notable résistance ; il en a été de même des scarificateurs employés pour obtenir le sang destiné à être examiné.

L'épaississement est plus prononcé à la nuque, au-devant du cou, aux aisselles, aux plis des coudes, dans les aines et aux creux poplités ; la tuméfaction des téguments cesse au-dessus des articulations tibio-tarsiennes et simule ainsi certains éléphantiasis ; nulle part, ils ne gardent la pression du doigt ; nulle part, il n'y a trace d'œdème.

C'est dans les régions de son épaississement maximum que les plis pathologiques de la peau sont le plus considérables ; ils forment aux aisselles de véritables bourrelets ; on distingue en outre, dans cette dernière région, des *saillies végétantes conglomérées que séparent des sillons* ; leur couleur et leur consistance sont celles des parties voisines ; leurs contours sont irrégulièrement polygonaux ; quelques-unes d'entre elles partent du fond des plis ; ces saillies, qui méritent le nom de *papules,* ne sont que l'exagération d'un *état mamelonné* qui existe sur la plus grande partie de la surface tégumentaire ; en *beaucoup de points elles sont circumpilaires :* il en est ainsi particulièrement à la face et dans la région abdominale où elles simulent la chair de poule ; elles sont très prononcées à la nuque où les séparent des plis transversaux irréguliers ; *beaucoup d'entre elles sont le siège d'une dépression punctiforme comblée par un grain solide* coloré ou non en brun sombre ; il en est de même des éléments mamelonnés.

Dans le dos, *plusieurs de ces saillies offrent l'aspect de petits condylomes* de même consistance et de même couleur que les parties voisines ; on y remarque en outre un certain nombre de *nodules miliaires* de couleur blanc jaunâtre qui répondent vraisemblablement à des orifices oblitérés de glandes sudoripares. On voit enfin dans la même région un certain nombre *de taches pigmentaires de couleur brunâtre ;* peut-être ces dernières sont elles en partie d'origine traumatique ; ce qui porte à émettre cette supposition, c'est la présence, au-devant du cou, de *taches ecchymotiques* que le malade a produites lui-même en tordant ses téguments avec violence pour soulager son prurit ; il se livre à cette manœuvre plusieurs fois par jour, de préférence après les repas.

Les saillies mamelonnées ne se retrouvent plus au niveau des plaques décolorées ; cependant les plis de la peau n'y sont pas effacés ; sa consistance n'y est pas augmentée ; il ne semble pas, d'après l'examen macroscopique, qu'il s'y soit produit une rétraction scléreuse du derme.

Les téguments de la verge sont très notablement épaissis ; les plis y sont exagérés ; on y remarque une série de petites taches violacées punctiformes : le malade ne dit pas qu'elles soient consécutives à des violences exercées sur cette région.

Abstraction faite des sueurs profuses non constantes dont nous avons parlé plus haut, la peau, sur toute l'étendue de l'érythrodermie, est *sèche* et rude ; il n'y a jamais eu, en aucun point, de suintement proprement dit.

Enfin, nous aurons terminé tout ce qui concerne les altérations de la peau en ajoutant qu'il n'y a pas, et qu'il n'y a jamais eu, de *desquamation* d'aucune espèce.

La muqueuse labiale présente, au niveau de son union avec la peau, une coloration blanchâtre sur laquelle tranchent de petites taches violacées.

Il existe sur la face interne des lèvres, ainsi que sur le bord droit de la langue, de petites taches d'apparence ecchymotique. Sur le bord gauche de la langue, une induration avec coloration blanchâtre de la muqueuse paraît avoir été provoquée par le contact irritant d'une dent cariée.

Enfin, sur le dos de la langue, se trouve une courte dépression transversale qu'entourent des saillies papuleuses légèrement indurées et plus sombres que les parties voisines.

Les ongles sont remarquablement lisses, polis, luisants et amincis vers leur bord libre *taillé obliquement en biseau ;* il s'est produit, sous l'influence des grattages réitérés, une véritable usure de ces organes.

Les ganglions du cou, des aisselles et des aines sont considérablement tuméfiés.

A part un léger amaigrissement, il n'existe pas chez X..., de troubles notables de la santé générale ; il n'y a aucun signe appréciable de lésions viscérales ; ni la rate, ni le foie ne paraissent augmentés de volume. L'état moral reste excellent. Au moment de la publication de cette note, le prurit persiste, mais il se produit une accalmie générale dans l'érythrodermatite, accentuée surtout aux points où la maladie a débuté, c'est-à-dire aux membres inférieurs.

II. — Nosographie

1° *Mode de début.* — Il diffère beaucoup suivant les cas :

L'érythrodermatite peut ouvrir la scène, en même temps que le prurit (obs. II, VI, et peut-être obs. III), ou n'apparaître que plus ou moins longtemps après diverses éruptions antémycosiques, plusieurs mois ou plusieurs années.

La rougeur envahit presque constamment la plus grande partie de la surface tégumentaire, mais cette généralisation ne se fait pas d'emblée : le malade remarque d'abord des taches rouges dont l'apparition coïncide avec un prurit intense ; ce n'est qu'au bout d'un laps de temps variant de quelques jours à plusieurs semaines que ces taches s'étendent et que, le plus souvent, l'érythrodermatite devient presque générale. Parfois, une irritation accidentelle des téguments est signalée par le malade comme en ayant été la cause occasionnelle : c'est ainsi que, dans l'observation II, elle est survenue après un bain trop chaud et que, dans l'observation VI, elle s'est exaspérée après un traitement par l'atropine qui paraît avoir provoqué une poussée.

2° *Caractères cliniques.* — L'érythrodermie, ou mieux l'érythrodermatite, coïncide avec un *épaississement* plus ou moins considérable de la peau, une *exagération de ses plis et de sa consistance ;*

elle peut s'accompagner en outre d'*élevures* et de *troubles de la pigmentation.*

La *rougeur* peut présenter chez les différents sujets, et chez le même individu suivant les régions et le moment où on l'observe, des caractères différents.

Elle est le plus souvent disposée en nappes uniformes ; son intensité est des plus variables : elle offre, dans certains cas, la plus grande analogie avec celle de la scarlatine ; d'autres fois, elle mérite les qualifications de violâtre, de rose intense ou pâle, de rouge violacé, érysipélateux, sombre, framboisé, vineux ; cette rougeur disparaît plus ou moins complètement sous la pression du doigt.

Concurremment, la peau est plus ou moins *épaissie ; ses plis naturels sont exagérés ;* ils forment par places des quadrillages semblables à ceux des « lichénisations ». La peau semble devenir trop large pour contenir les parties sous-jacentes (obs. I) ; il est habituel de la voir former des replis volumineux sur les parties latérales du tronc ; dans notre observation VI, ces replis constituent aux aisselles de véritables bourrelets que séparent des sillons profonds. On peut également constater l'épaississement de la peau en la prenant entre les doigts : on obtient ainsi une sensation toute particulière sur laquelle Kaposi a insisté à juste titre dans la discussion qu'a soulevée au précédent Congrès notre observation III.

Cet épaississement coïncide souvent avec une *augmentation de la consistance* de la peau ; elle est telle chez le malade de notre observation VI que le bistouri introduit pour pratiquer une biopsie a eu de la peine à y pénétrer ; il en a été de même des aiguilles employées pour obtenir le sang destiné à l'examen.

Il est très exceptionnel de trouver, comme dans notre observation V, les plis normaux de la face complètement effacés ; l'*œdème* est également rare ; *généralement les téguments épaissis ne s'affaissent pas, en raison de leur induration, sous la pression du doigt et n'en gardent pas l'empreinte.*

La *desquamation peut être nulle ;* il en a été presque constamment ainsi dans notre observation III ; ce n'est que très exceptionnellement, et constamment après l'application de topiques irritants, que nous y avons noté, par places, de légers furfurs ; de même chez le malade de notre observation VI, il n'y a pas trace de ce phénomène ; dans trois autres de nos faits, il s'est produit une légère desquamation furfuracée ; chez notre franciscain seulement, les poussées aiguës d'érythrodermie ont été suivies d'une abondante exfoliation de l'épiderme qui s'est continuée pendant plusieurs semaines, offrant ainsi les caractères de celle que l'on observe à la suite des érythèmes scarlatiniformes.

Les *ongles* restent le plus souvent intacts ; s'ils sont altérés dans notre observation VI, c'est par l'usure du grattage ; dans un seul de nos

faits (observation III), on y a noté une série de dépressions transversales, indiquant un trouble dans leur nutrition.

Leur intégrité habituelle est d'autant plus remarquable que le *système pileux est au contraire, dans la plupart des cas, très intéressé;* la plupart des malades ont de l'*alopécie;* concurremment, les poils des aisselles et ceux du pubis tombent en totalité ou en partie.

L'alopécie cependant n'est pas complète; il persiste généralement un petit nombre de cheveux grêles.

Tous les *ganglions accessibles à l'exploration sont, dans la plupart des cas, plus ou moins tuméfiés;* il n'y a pas de fait dans lequel ces organes soient restés intacts; ils forment le plus souvent des masses volumineuses qui font des saillies appréciables à la vue; les adénopathies parotidiennes, en déformant la tête, peuvent contribuer à donner au malade une étrange physionomie (obs. V); dans aucun cas ces adénopathies n'ont suppuré.

Parmi les troubles fonctionnels, il en est un qui est constant et constitue un des caractères essentiels de la maladie, nous voulons parler du prurit: il est, pour ainsi dire, incessant et s'exagère par crises, assez souvent après les repas; il se produit avec intensité dès le début de la maladie pour persister pendant toute sa durée; il tourmente les malades jour et nuit et trouble leur sommeil; il est généralisé à toute la surface des téguments. Le besoin de grattage est irrésistible; nous avons vu qu'un de nos malades (obs. VI) s'est usé les ongles à le pratiquer; leurs bords libres sont obliquement taillés en biseau; leur surface brillante et vernissée, a l'aspect de l'ivoire; ce même malade s'est procuré, dans le but de soulager son prurit, une brosse en laine avec laquelle il se frotte énergiquement: *dans presque tous nos faits, cette frénésie de grattage est mise en relief.*

Il en résulte des altérations secondaires des téguments: ce sont des *excoriations*, du *suintement*, des *ecchymoses;* il semble que, chez certains sujets, ces dernières surviennent plus facilement en raison d'une altération des parois capillaires; *mais on ne voit pas se produire les papules croûteuses du prurigo;* peut-être les altérations que l'histologie dénote le plus souvent dans les papilles du derme ne permettent-elles plus à ces organes de réagir comme ils le font chez les sujets atteints seulement de parasites cutanés ou d'un trouble de l'innervation sensitive de cause indéterminée. Cependant ces lésions prurigineuses ne se produisent pas, *même au début;* on ne les observe pas davantage dans le prurit sénile pur, où la même supposition est sans fondement.

Il est probable qu'il faut rapporter au transport par le grattage d'éléments infectieux les pustules d'ecthyma qui, dans plusieurs de nos faits, se sont reproduites à diverses reprises.

La température de la surface du corps peut dépasser la normale.

La sécrétion sudorale est parfois exagérée.

L'éruption cutanée est dans certains cas plus complexe que nous ne l'avons indiqué précédemment.

Il n'est pas rare, en premier lieu, que la rougeur se présente sous la forme de petites taches arrondies ; elles font au-dessus des parties saines un relief qui peut n'être appréciable qu'à la vue (obs. III) ; l'aspect de l'éruption est alors « *lichénoïde* ».

D'autres fois, il existe sur la plus grande partie de la surface tégumentaire un état mamelonné ; on voit un poil follet au centre de chaque élevure (obs. VI) ; à un degré plus avancé, il se forme de *véritables papules* ou des *saillies végétantes à contours irrégulièrement polygonaux ;* nous avons vu que, dans notre observation VI, elles surmontaient les bourrelets des régions axillaires ; quelques-unes d'entre elles partent du fond des sillons intermédiaires ; ces saillies peuvent de même être très prononcées à la nuque où les séparent des plis transversaux irréguliers.

Beaucoup de ces saillies végétantes ou mamelonnées présentent, dans leur partie centrale, une dépression punctiforme comblée par un grain solide coloré ou non en brun sombre.

Nous avons signalé chez le même malade, la présence, dans le dos, de beaucoup de saillies offrant l'aspect de *petits condylomes* de même couleur et de même consistance que les téguments voisins.

Chez ce sujet et chez notre franciscain, nous avons noté, en différents points de la surface cutanée, et plus particulièrement à la face et dans le dos, de *petits nodules miliaires*, de couleur blanc jaunâtre et tout à fait semblables à ceux que constituent les conduits sudoripares dont l'orifice se trouve oblitéré ; tel est également, selon toute vraisemblance, leur mode de production.

Chez ces mêmes malades, il s'est produit des *taches pigmentées ;* elles sont disséminées sur toute la surface du corps ; elles sont nombreuses surtout, chez notre franciscain, sur les pavillons des oreilles et sur le dos des mains ; quelques-unes d'entre elles sont légèrement saillantes ; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis ; leur forme est irrégulièrement arrondie ; leur coloration varie du brun clair au brun très foncé, presque noir, en passant par tous les intermédiaires. Elles peuvent être persistantes et l'on peut affirmer alors qu'elles ne sont pas consécutives aux ecchymoses provoquées par le grattage.

L'épaississement de la peau, l'effacement ou l'exagération de ses plis normaux et les adénopathies peuvent produire des déformations considérables : les plus remarquables sont celles de la tête ; il y a fré-

quemment de l'*ectropion;* la tuméfaction des ganglions rétro-maxillaires peut donner à l'extrémité céphalique l'apparence dite *piriforme* (obs. I).

Les *muqueuses* restent généralement indemnes ; il est peu probable que les plaques blanchâtres développées sur la muqueuse buccale en dehors des commissures soient en relation avec la maladie ; elles ont tous les caractères de plaques des fumeurs, bien que notre franciscain, chez qui elles existent, assure qu'il ne fume que fort peu.

Chez un autre malade cependant (obs. VI), la muqueuse labiale présente, au niveau de son union avec la peau, une coloration blanchâtre sur laquelle tranchent de petites taches violacées ; il existe en outre sur la face interne des lèvres ainsi que sur le bord droit de la langue de petites taches d'apparence ecchymotique.

Dans un cas, il est survenu une *kérato-conjonctivite* qui a entraîné une ulcération de la cornée suivie d'opacités persistantes.

Constamment l'érythrodermie coïncide tôt ou tard avec des tumeurs mycosiques ; elle peut les précéder de plusieurs années, les suivre ou se manifester en même temps qu'elles.

En dehors des néoplasies mycosiques, on peut observer des *nodosités furonculoïdes.*

3° *Évolution. — L'érythrodermie présente, alors même qu'elle est persistante, des phases alternatives d'exaspération et de régression ;* c'est ainsi que, chez tous nos malades, on a constaté fréquemment des différences dans l'intensité de la coloration. A des intervalles qui peuvent n'être que d'un jour ou deux, la rougeur s'accentue, en même temps que les sensations de cuisson et de prurit deviennent plus intolérables ; puis, les téguments pâlissent graduellement jusqu'à la production d'une nouvelle exaspération. Chez notre franciscain, il est en outre survenu de *violentes poussées fébriles :* elles ont été tout à fait analogues aux poussées d'érythème bulleux ou de néoplasies mycosiques que l'on observe chez d'autres sujets.

Il est exceptionnel de voir la rougeur disparaître entièrement : chez notre franciscain, elle est actuellement très atténuée, mais nettement appréciable cependant ; chez le malade de M. Vidal (obs. II), l'érythrodermie semble avoir fait place, dans certaines régions, à une pigmentation exagérée.

Un fait des plus remarquables, et qui a été observé pour la première fois chez notre dernier malade, c'est la régression possible de l'érythrodermie en forme de plaques nummulaires qui tranchent d'une manière frappante par leur décoloration sur le rouge vif des parties qui les entourent ; la blancheur de la peau ainsi décolorée est plus prononcée que celle de la peau saine. Ce fait montre que *les lésions génératrices de ces érythrodermies ont tendance, comme toutes les néoplasies qui se développent dans cette mala-*

die, à subir une évolution rétrograde qui en amène la disparition complète.

Ces caractères cliniques, considérés dans leur ensemble, offrent, avec ceux du lichen, l'incontestable analogie qui a conduit antérieurement M. Hardy à faire du mycosis fongoïde un *lichen hypertrophique.*

III. — Anatomie pathologique

La biopsie a porté, en partie sur un petit cercle de peau saine situé à la région dorsale, en partie sur la région érythrodermique voisine.

Le fragment excisé a été durci dans la gomme ; les coupes ont été colorées par le picro-carmin ou l'hématoxyline et montées dans la glycérine ou le baume.

De l'examen des coupes pratiquées par MM. Darier et Jeanselme il résulte les constatations suivantes :

Déjà, à un faible grossissement, il existe un contraste frappant entre la portion de peau saine dont les éléments constitutifs ne présentent pas d'altérations, et les parties érythrodermiques dont la texture est profondément modifiée. D'une manière générale, la lésion consiste, en majeure partie, dans une infiltration extrêmement riche de cellules dans la partie superficielle du chorion.

A un plus fort grossissement, on distingue les détails suivants :

a. *Épiderme.* — La couche cornée est normale, ne contient pas de noyaux et ne présente pas d'indice de desquamation. La couche granuleuse est également saine. Le corps muqueux de Malpighi n'offre qu'un peu d'hypertrophie des bourgeons interpapillaires. Les cellules de la couche profonde sont un peu moins pigmentées que celles qui occupent la portion de peau saine. Fait négatif à noter, il n'existe pas de nids intra-épidermiques analogues à ceux qui ont été signalés par MM. Darier et Wickham chez un précédent malade de l'un de nous, atteint de la même affection érythrodermique (obs. III), et qui ont été retrouvés récemment par M. Philippson sur un sujet porteur d'un mycosis fongoïde confirmé (1).

b. *Corps papillaire.* — Il est plus apparent que normalement, mieux limité du côté du derme parce que ce dernier est infiltré de cellules dans sa partie superficielle. Ce corps papillaire est hypertrophié par places et certaines papilles ont en longueur et en largeur des dimensions anormales. Les cellules conjonctives y sont peut-être un peu plus nombreuses que d'ordinaire.

La lésion la plus apparente de cette couche, c'est la *dilatation des capillaires* qui en plusieurs points est énorme. Ils apparaissent comme de larges lacunes tapissées par un endothélium parfaitement régulier.

(1) Philippson. *Ann. de dermat. et de syph.*, Paris, 1892.

Au-dessous de cet endothélium, on ne trouve pas de couche hyaline semblable à celle que M. Wickham a décrite chez le premier malade de l'un de nous.

c. Couche superficielle du derme. — C'est la partie la plus altérée. On y observe des *amas cellulaires* arrondis ou en forme de triangle à sommet inférieur, disposition qui semble commandée par la distribution des vaisseaux du derme. Le caractère le plus saillant de ces îlots de nouvelle formation est la *netteté de leur contour*. Le passage de l'infiltration cellulaire au derme sain se fait presque sans transition. Chaque amas correspond en largeur à une série de trois à cinq papilles. Il est toujours séparé de la couche profonde de l'épiderme par une bande plus ou moins large de tissu dermique qui n'est pas infiltrée de jeunes cellules. Inférieurement, la ligne de démarcation entre la zone infiltrée et le derme sain sous-jacent est presque aussi tranchée; toutefois, on voit s'en détacher des traînées de cellules embryonnaires qui pénètrent dans les parties profondes du derme en formant des manchons autour des vaisseaux. Latéralement, les divers îlots situés au voisinage les uns des autres ne se confondent pas ordinairement par leurs bords et sont séparés par des colonnes verticales de derme normal. Pourtant les amas cellulaires ne sont pas tous isolés; ils peuvent se confondre, en quelques points, en une couche presque continue.

Les amas sont composés de cellules assez nombreuses pour masquer le tissu qu'elles infiltrent. Là où elles sont le plus abondantes, elles ont un noyau rond fixant vivement le carmin, et un protoplasma peu abondant. Elles ont, en somme, les caractères des cellules embryonnaires.

Dans ces amas, on voit des *blocs cellulaires* arrondis ou allongés, renfermant un grand nombre de noyaux qui remplissent toute la cellule. Il y a d'ailleurs des formes de transition entre ces cellules multinucléées et les cellules embryonnaires, des cellules à trois ou quatre noyaux.

Ailleurs, et notamment dans le point le plus éloigné de la peau saine, le groupement des cellules en amas devient beaucoup moins apparent. Il s'agit ici d'une infiltration diffuse, entre les éléments conjonctifs et élastiques qui apparaissent nettement, de cellules à noyaux arrondis ou ovalaires, relativement moins colorés par le carmin que les éléments précédemment décrits, à protoplasma plus abondant et finement granuleux. La forme de ces cellules est difficile à apprécier, mais un certain nombre de ces éléments sont polygonaux et semblent munis de prolongements.

Ils se rapprochent donc, par la forme de leur noyau et de leur corps cellulaire, des cellules fixes du tissu conjonctif. Dans cette même couche, on trouve quelques capillaires très dilatés. Mais le fait le plus important, c'est la présence de *cellules géantes* typiques, les

unes très grandes avec un centre jaunâtre (sur les coupes colorées par le picro-carmin) et avec une couronne d'une quinzaine de noyaux, les autres moins volumineuses mais se rapportant au même type. Au milieu des cellules d'apparence conjonctive, on remarque un petit nombre d'espaces clairs qui semblent résulter d'une *dégénérescence vacuolaire* des cellules. Il est impossible d'affirmer ou de nier l'existence d'un réticulum qui servirait de charpente aux éléments contenus dans les amas cellulaires.

d. Couche profonde du derme. — Elle est presque normale. Elle est seulement sillonnée, dans les parties qui confinent à la couche superficielle du derme, par des manchons périvasculaires que constituent des cellules embryonnaires.

Les follicules pileux, les glandes sébacées et sudoripares ne présentent aucune altération appréciable.

En résumé : absence de nids cellulaires intra-épidermiques, existence d'ectasies capillaires colossales dans le corps papillaire, infiltrats de cellules ayant les attributs des éléments fixes des tissus et disposés sous forme d'amas à contours remarquablement nets, cellules géantes à tous les degrés de leur évolution, tels sont les principaux caractères, positifs ou négatifs, qu'il faut relever dans la description précédente. Celle-ci présente donc les plus grandes analogies avec celle de M. Philippson et se rapproche aussi par certains côtés de celle qu'ont donnée MM. Darier et Wickham.

IV. — Différenciation clinique

Le *diagnostic* n'offre pas de réelles difficultés quand l'érythrodermie existe concurremment avec des néoplasies mycosiques ; mais nous avons vu qu'il n'en est pas toujours ainsi et que pendant des années ces tumeurs peuvent faire défaut.

L'érythrodermie peut être alors confondue avec une forme anormale de lichen, un pityriasis rubra, une dermatite scarlatiniforme primitive ou liée à un psoriasis, une érythrodermie exfoliante chronique.

On devra se prononcer en faveur d'une érythrodermie mycosique quand la peau sera notablement épaissie, indurée, facile à plisser et trop large pour son contenu ; quand il n'y aura pas traces de desquamation ; quand les malades accuseront un prurit intense provoquant un grattage incessant et frénétique ; quand il existera concurremment de très volumineuses adénopathies.

Dans les cas où l'éruption se présente par places sous la forme de papules, le diagnostic avec la *forme aiguë* du *lichen plan* peut offrir des difficultés : dans les deux cas, en effet, on voit de grandes nappes grenues, d'un rouge brun, la peau semble épaissie à leur

niveau, la desquamation peut y faire défaut, les malades accusent un prurit intense, toute la surface du corps est presque envahie ; mais, en pareil cas, on voit toujours un certain nombre de papules typiques qui caractérisent le lichen plan ; d'autre part, l'évolution de la maladie n'est pas la même : ces lichens plans ne restent pas longtemps généralisés ; bientôt les papules se localisent dans certaines régions avec leurs caractères pathognomoniques.

Dans le *pityriasis rubra*, la peau est constamment le siège d'une fine desquamation ; nous avons vu qu'elle peut faire défaut dans l'érythrodermie mycosique ; de plus, dans le pityriasis, la peau est généralement amincie, elle ne peut être plissée, elle est luisante et rétractée, le prurit est modéré, les adénopathies, si elles existent, sont beaucoup moins prononcées.

Les *érythèmes scarlatiniformes* se distinguent des érythrodermies mycosiques par l'acuité plus grande du début, l'absence d'épaississement de la peau et d'adénopathies et surtout par l'abondance de l'exfoliation ; nous avons vu cependant que, dans un de nos faits, la desquamation avait été très abondante et persistante, mais, dans ce cas, les antécédents du malade, l'apparition de cette érythrodermie exfoliante après une longue période d'éruptions prémycosiques, et enfin l'existence de néoplasies caractéristiques ne pouvaient laisser de place au doute.

Les *dermatites scarlatiniformes qui surviennent dans le cours du psoriasis* et en constituent une manifestation, se distinguent des érythrodermies mycosiques par l'aspect tendu de la peau, sa surface brillante et comme satinée, la desquamation foliacée et la persistance d'îlots respectés par l'éruption ; nous avons vu cependant que, dans l'érythrodermie mycosique, les lésions pouvaient rétrocéder par places et former ainsi des placards décolorés qui, comme les parties restées saines de la peau chez les psoriasiques, tranchent sur la coloration rouge des parties malades ; les signes différentiels que nous venons d'indiquer permettent d'arriver au diagnostic.

Les caractères que nous avons reconnus aux érythrodermies mycosiques permettront de les distinguer des diverses formes de dermatites exfoliantes chroniques.

Comment étaient classées ces érythrodermies avant que leurs rapports avec le mycosis n'eussent été mis en lumière ? il est difficile de s'en rendre compte ; on peut présumer cependant avec vraisemblance quelles ont dû être englobées surtout parmi les cas de lichen agrius, lichen ruber, de pityriasis rubra, etc.

V. — Nature de l'affection

Les résultats de nos biopsies, l'évolution rétrograde que subit par places l'érythrodermie et le développement de tumeurs qui parais-

sent n'en être que l'exagération permettent d'affirmer que ses *lésions élémentaires sont les mêmes que celles des tumeurs mycosiques* et que les différences cliniques sont dues exclusivement à leur mode de distribution.

CONCLUSIONS

Nous résumerons ainsi qu'il suit les faits qui ressortent de ce travail :

1° *Aujourd'hui, en présence d'une érythrodermie généralisée ambiguë, primitive, ou secondaire, la discussion diagnostique doit toujours comprendre la supposition de sa nature myco-fongoïde ;*

2° *Les érythrodermies mycosiques peuvent être précoces ou tardives ;*

3° *Elles peuvent précéder de plusieurs années l'apparition des tumeurs ; elles peuvent lui être consécutives ;*

4° *Ces érythrodermies ne se généralisent d'ordinaire que graduellement ; souvent il reste quelques intervalles de peau saine ;*

5° *La rougeur de la peau coïncide avec son épaississement, l'exagération de ses plis et l'augmentation de sa consistance ;*

6° *L'éruption peut être par places papuleuse : les papules ont souvent un poil dans leur partie centrale ; d'autres fois, elles présentent une dépression comblée par un grain corné ;*

7° *Il peut se produire concurremment des taches pigmentaires et des nodules miliaires ; ceux-ci sont dus, selon toute vraisemblance, à l'oblitération des conduits sudoripares ;*

8° *L'éruption s'accompagne constamment d'un prurit des plus intenses ;*

9° *Le grattage donne lieu à des excoriations ou à des ecchymoses, jamais à du prurigo ;*

10° *Il se produit concurremment des adénopathies très volumineuses ;*

11° *L'érythrodermie peut, comme les tumeurs mycosiques, subir partiellement une évolution rétrograde : il en résulte la production de plaques nummulaires décolorées qui tranchent par leur blancheur sur la surface rouge des parties malades ;*

12° *La rougeur peut s'atténuer sur de larges surfaces et laisser à sa suite une pigmentation exagérée ;*

13° *Il n'y a pas de leucémie ;*

14° *La biopsie, dès le début de l'érythrodermie, peut servir à établir le diagnostic ;*

15° *Il est manifeste que l'évolution et les lésions de ces érythrodermies offrent une analogie frappante avec celles des tumeurs myco-fongoïdes ; selon toute vraisemblance, elles n'en diffèrent que par le mode de distribution des altérations et par leur siège.*

LE DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Le deuxième congrès international de dermatologie et de syphiligraphie a eu lieu, à Vienne, du 5 au 10 septembre, dans les locaux de l'Université.

On trouvera plus loin le compte rendu des séances du congrès ; nous voulons seulement essayer d'en donner ici la physionomie générale ; ceux qui n'ont pu y assister pourront prendre ainsi l'idée de ce qu'il a été et nous espérons que ceux qui y ont pris part y retrouveront une partie de leurs impressions.

Malgré les craintes que pouvait inspirer le développement de l'épidémie cholérique dans le nord de l'Allemagne, et malgré des propositions qui avaient été faites de remettre la réunion à une époque ultérieure, le Congrès a été ouvert au jour et à l'heure fixés ; et les organisateurs n'ont eu qu'à se féliciter de leur persévérante tenacité, puisque l'Autriche-Hongrie tout entière, grâce aux excellentes mesures qui avaient été prises, est restée complètement indemne pendant toute la durée du congrès et qu'à l'heure actuelle encore la ville de Vienne, dont la réputation de salubrité n'est plus à faire, ne compte pas un seul cas de choléra.

Peu d'abstentions d'ailleurs peuvent être attribuées au choléra ; ce sont celles de confrères appartenant aux pays envahis ou les plus menacés et que le devoir professionnel a retenus dans leur patrie.

Aussi le dimanche soir à la réunion de bienvenue, qui avait lieu au restaurant Kaiserhof, on comptait près de 200 congressistes ; il y en avait près de 300 le lendemain matin, au moment de l'ouverture du congrès.

Le lundi, dès huit heures et demie du matin, les congressistes (1) arrivent à l'Université, vaste construction carrée magnifiquement située sur le Ring ; un perron monumental auquel accède de chaque côté une pente douce praticable aux voitures amène à l'entrée principale située au milieu

(1) Il nous est impossible de nommer tout le monde : nous citerons cependant parmi les français, MM. le professeur Hardy, Vidal, Hallopeau, Gaucher, Brocq, Barthélemy, Feulard, Barbe ; Dubreuilh (de Bordeaux) ; L. Perrin (de Marseille) ; Eraud (de Lyon) ; parmi les anglais, MM. Hutchinson, Jamieson, R. Crocker, Malcolm Morris, Brooke, Pringle, Colcott Fox ; parmi les italiens, MM. les professeurs de Amicis, Campana, Breda, MM. Bertarelli, Ducrey, Giletti, Sofflantini ; parmi les allemands, MM. les professeurs Köbner, Neisser, Kopp, MM. Rosenthal, Veiel ; pour la Roumanie, MM. professeur Kalindero, Petrini (de Galatz), Romniceano Schachmann ; puis encore professeur Joannu (d'Athènes) ; professeur, Stoukovenkoff (de Kieff) ; M. C. Boeck (de Christiania) ; Welander (de Stockholm) ; Houlky-bey (de Constantinople) ; Van Hoorn (d'Amsterdam), et naturellement un grand nombre de médecins austro-hongrois. En dehors des membres du comité que nous nommons plus loin, citons MM. H. von Hebra, Lukasiewicz, Schiff, Ehrmann, Finger, Cehak, Horovitz, Kohn, Paltauf, Ullmann, Rille, M. v. Zeissl (de Vienne) ; Havas, Rona, Török (de Budapesth) ; Krowizynski (de Lemberg) ; Merk (de Gratz) ; Winternitz (de Prague), etc.

de la façade qui regarde le Ring ; cette entrée, en forme de portique à trois ouvertures, donne accès à un grand péristyle, véritable salle des pas perdus, laissant voir par son fond vitré la cour d'honneur formant jardin; à droite et à gauche de ce péristyle s'élèvent deux vastes escaliers de pierre qui conduisent aux salles du premier étage ; l'édifice, disposé en carré autour de la cour d'honneur, comporte une série de salles et d'amphithéâtres réservés aux diverses Facultés ; un grand couloir prenant jour sur la cour fait le tour de l'édifice et dessert toutes les salles. Sur la façade trois salles d'apparat luxueusement décorées ; l'une, la plus grande, a les dimensions du péristyle au-dessus duquel elle est placée, elle est éclairée au fond par trois grandes baies donnant sur le jardin, sur les côtés règnent des tribunes supportées par une colonnade d'aspect imposant, la paroi qui donne sur le Ring est ornée de boiseries et forme un fond sur lequel se détache un peu en avant la chaire destinée aux orateurs ; cette grande salle sert aux solennités universitaires ; à gauche et à droite sont deux autres salles communiquant avec elle mais de dimensions plus restreintes, l'une décorée des portraits de souverains, l'autre d'anciens professeurs de l'Université. Dans la première a été installée l'exposition technique annexée au congrès ; dans la seconde se tiendront, à partir du mardi, les séances du congrès, les grandes dimensions de la salle principale rendant l'acoustique tout à fait défectueuse.

C'est dans cette grande salle néanmoins qu'a eu lieu la séance d'ouverture.

A 9 heures 1/2, précédé du massier de l'Université, le Comité d'organisation, ayant à sa tête le président M. le professeur Kaposi, fait son entrée; en même temps que lui le recteur de l'Université professeur Ludwig, le délégué du ministre de l'instruction publique Dr Rittner, le délégué du conseil municipal de la ville de Vienne Dr Stenzl.

Au bureau prennent place les membres du Comité d'organisation, MM. Neumann, Lang, Schwimmer, Pick, Janowsky, Jarisch, Mracek, Grünfeld, Rosner et le secrétaire, Riehl.

Le professeur Kaposi monte dans la chaire et prononce le premier discours. Après avoir rappelé l'histoire du premier congrès, dont l'éclatant succès, dû tout ensemble à sa parfaite organisation, à l'intérêt de premier ordre que présentaient l'hôpital Saint-Louis et son incomparable musée et aussi, il faut le dire, à la grande exposition internationale de 1889, rendait fort difficile la tâche des organisateurs du second congrès, il voit dans le choix de la ville de Vienne, depuis longtemps déjà centre d'échanges scientifiques entre les dermatologues des divers pays, un hommage légitime rendu à la mémoire de Ferdinand Hebra, le grand maître de l'école dermatologique viennoise. Il remercie ses confrères de l'Autriche-Hongrie du concours qu'ils lui ont apporté et de la façon dont ils ont facilité la tâche du comité d'organisation; les médecins français qui se sont fait inscrire en grand nombre comme membres du congrès, la Société française de dermatologie, et tout particulièrement M. le professeur Hardy, le vénéré doyen des dermatologues.

Puis l'orateur souhaite la bienvenue aux médecins anglais, compatriotes de Willan et de Bateman, et aux congressites venus de l'Italie, de la Belgique, de la Hollande, de la Russie, de la Grèce, du Danemark, de la

Suède et de la Norwège, des deux Amériques, etc. ; il remercie enfin les congressistes de nationalité allemande. L'exposition annexée au congrès et dont le mérite de l'organisation revient au Dr Hans Heger, présente un grand intérêt dû surtout aux expositions des instituts scientifiques et notamment des objets exposés par le professeur Kundrat, les professeurs Csokor et Schindelka, enfin aux moulages du Dr Henning et aux moulages de Baretta, exposés par le musée de l'hôpital Saint-Louis. Il termine enfin en remerciant les autorités et les diverses administrations de la ville de Vienne qui ont rendu possibles les visites dans les musées, les réceptions et les fêtes que le comité s'est efforcé d'organiser, afin qu'à côté du travail les congressistes trouvent le repos de l'esprit. « Nous désirons, achève-t-il, que chacun de vous en nous quittant se dise, qu'il s'est vérifié sur lui le proverbe : Omne tulit punctum qui miscuit utile dulci ! »

La fin de ce discours, dans lequel par une attention délicate M. le professeur Kaposi a employé tour à tour l'allemand, le français et l'anglais, a été accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

Après lui viennent les allocutions de M. Rittner au nom du gouvernement ; du Dr Stenzl au nom de la ville de Vienne ; du recteur de l'Université professeur Ludwig au nom de l'Université et du Collège des professeurs. Le professeur Neumann, au nom de la Société viennoise de dermatologie, rappelle la brillante histoire des études dermatologiques et syphiligraphiques à Vienne et montre ce que la science doit aux van Swieten, aux Plenck, aux Swediaur, aux Hebra, aux Sigmund, aux Auspitz, pour ne citer que les morts.

Enfin le secrétaire du comité, le docent Riehl, retrace l'histoire des travaux du comité, dont deux des membres, les professeurs Lipp (de Gratz) et Geber (de Klausenburg), sont morts dans l'intervalle ; il remercie les secrétaires étrangers qui ont bien voulu lui servir de correspondants et faciliter sa tâche, et tout particulièrement le Dr Henri Feulard, secrétaire général du premier congrès.

M. Kaposi déclarait ~~alors~~ ouvert le deuxième congrès international de dermatologie et de syphiligraphie et remettait les pouvoirs du comité d'organisation : celui-ci était immédiatement réélu par acclamation avec M. le professeur Kaposi comme président et M. le Dr Riehl comme secrétaire général du congrès.

La présidence d'honneur du congrès est décernée au professeur Hardy ; sont ensuite acclamés comme vice-présidents devant présider les séances : MM. de Amicis (de Naples), Bertarelli (de Milan), Bœck (de Christiania), Campana (de Gênes), Hallopeau (de Paris), Hutchinson (de Londres), Jamieson (d'Édimbourg), Joannu (d'Athènes), Kalindero (de Bucharest), Köbner (de Berlin), Malcolm Morris (de Londres), Neisser (de Breslau), Petrini (de Bucharest), Stoukovenkoff (de Kiew), Veiel (de Canstatt), E. Vidal (de Paris).

M. Schnirer remplira les fonctions de secrétaire des séances ; MM. Barbe et Dubreuilh de secrétaires étrangers.

M. le professeur Hardy prend alors la parole et donne lecture de son discours *sur l'état actuel de la dermatologie*.

Puis la séance est suspendue et le cortège officiel, suivi de la foule des congressistes, se rend dans la salle de l'exposition ; après cette visite

d'inauguration, les autorités s'étant retirées, la séance reprenait, et la partie scientifique commençait immédiatement, avec la discussion sur la lèpre.

A 2 heures elle prenait fin et les congressistes se rendaient à l'Hôtel de Ville, où une réception avait été organisée par M. le bourgmestre. Après avoir visité ce remarquable édifice, construit dans le style gothique sur les plans de SCHMIDT il y a seulement une quinzaine d'années et après avoir admiré les richesses qu'il renferme, et notamment la splendide collection d'armes de la ville de Vienne, les congressistes sont présentés individuellement à M. le bourgmestre par leur zélé président, et prennent part ensuite à une collation somptueusement servie et qui se termine seulement vers cinq heures.

Cette première journée s'achevait fort agréablement par une représentation à l'Opéra, pour laquelle l'intendant des théâtres avait bien voulu mettre très gracieusement d'excellentes places à la disposition des congressistes. Le programme de cette soirée comprenait *Cavalleria rusticana*, le célèbre opéra en un acte de Mascagni, et deux ballets, *Wiener-Walze* et *Die Puppenfee.*

Le lendemain mardi et les jours suivants les séances se poursuivent régulièrement de 9 heures à 2 heures avec une suspension habituelle d'une demi-heure entre 11 heures et demie et midi ; cette différence avec nos habitudes françaises tient à l'heure fixée pour le déjeuner à Vienne, qui se prend généralement à 2 heures. S'il résulte de ces séances prolongées une certaine fatigue d'attention, elles ont du moins l'avantage de laisser libre une grande partie de la journée qui peut être employée à des promenades en ville et à des excursions.

C'est ainsi que l'avait compris le comité d'organisation.

Dans l'après-midi du mardi les membres du congrès purent ainsi visiter le *Musée des Beaux-Arts*, superbe construction faisant vis-à-vis au *Musée d'histoire naturelle*, et séparé de lui par une vaste place au centre de laquelle s'élève le beau monument consacré à Marie-Thérèse ; tous deux sont en bordure sur le Ring par un de leurs côtés.

Il est difficile de rêver un palais des beaux-arts plus luxueusement et plus confortablement installé : il contient non seulement les anciennes collections de tableaux du Belvédère, où nous les avions vus autrefois si mal placés et si mal éclairés ; mais encore une partie importante des collections dites de la cour, si riches en objets précieux d'orfèvrerie et en pierres rares, et aussi les pièces les plus belles de la collection d'armures provenant du château d'Ambras.

Le soir, M. le professeur Kaposi recevait chez lui les membres du congrès ; réception des plus animées et des plus brillantes à laquelle assistaient aussi de nombreuses dames, et dont l'aimable maîtresse de maison, aidée de sa gracieuse fille, faisait les honneurs de la façon la plus charmante.

Mercredi, 7 septembre. — La pluie, qui depuis trois jours tombe sans interruption, se décide à faire trêve, et cela fort heureusement, car pendant la suspension de séance on fait, dans la cour d'honneur même de l'Université, la photographie en groupe des membres du congrès. Quelques instants auparavant une nombreuse délégation est allée déposer une cou-

ronne au pied du buste de F. Hebra, à l'occasion de la date anniversaire de sa mort.

L'après-midi, le temps se maintenant au beau, les congressistes se rendent en excursion aux eaux de Baden.

Reçus à la gare par les médecins de Baden, on leur faisait visiter les divers établissements de bains, la source « Ursprung », l'hôpital de bienfaisance; puis après une promenade en voiture dans la charmante vallée « Helenenthal » on les recevait solennellement dans la grande salle du « Curhaus » où avait lieu un grand banquet avec concert. Un train spécial les ramenait à Vienne dans la soirée.

Jeudi, 8 septembre. — Après la séance avait été organisée une visite au *Musée d'histoire naturelle*, situé, comme nous l'avons dit, en face du musée des Beaux-Arts. De construction récente, comme celui-là, ce superbe édifice peut être considéré comme un modèle pour une installation de ce genre et l'on ne sait ce qu'il faut le plus admirer ou des belles collections qu'il renferme, ou bien des salles destinées à les abriter ; c'est un des plus beaux musées de ce genre, si ce n'est le plus beau.

Le soir avait lieu, au Prater, au Sachergarten, le grand banquet du congrès ; il était offert aux congressistes étrangers par la Société viennoise de dermatologie ; en tête des cartes de menu figurait une petite vue de l'Université rappelant les menus de 1889 avec leur vue de l'hôpital Saint-Louis ; dîner choisi, pendant la durée duquel un excellent orchestre exécute plusieurs morceaux, notamment des valses viennoises.

Les toasts commencent avec le troisième service, le premier est porté par le professeur Kaposi à S. M. l'Empereur ; puis M. le professeur Neumann prend la parole au nom de la Société viennoise de dermatologie qui nous reçoit ; le professeur Köbner porte ensuite un toast à l'Université de Vienne, auquel répond le recteur, professeur Ludwig. Après le quatrième service commence une nouvelle série : M. Feulard remercie la Société viennoise de dermatologie de l'hospitalité fastueuse qu'elle offre aux congressistes ; M. Malcolm Morris célèbre la ville de Vienne et remercie la municipalité ; M. E. Vidal porte un toast au président M. Kaposi, qui prend à son tour la parole et adresse ses remerciements à l'assemblée.

Après ces toasts, en quelque sorte officiels, viennent une série de toasts libres ; MM. Kalindero, de Amicis, Nenadowitch, Joannu, Neisser prennent tour à tour la parole ; un toast à notre éminent secrétaire général le Dr Riehl est accueilli par des applaudissements bien mérités ; le professeur Hardy clôt la série en remerciant du grand honneur qu'on lui a fait en lui décernant la présidence d'honneur, qu'il considère comme le couronnement de sa carrière.

La soirée est fort belle et la plupart des congressistes se rendent à l'Exposition internationale du théâtre et de la musique installée dans les jardins du Prater et qui a été une des grandes attractions de Vienne cette année.

Vendredi, 9 septembre. — Le beau temps ne s'est pas maintenu, il fait un froid assez vif : aussi un petit nombre seulement de congressistes font à la fin de la journée l'excursion projetée du Kahlenberg ; il fait d'ailleurs presque nuit quand on arrive en haut de la montagne et le beau panorama dont on jouit sur la plaine de Vienne et le Danube est à peine distinct. On

se réfugie dans la salle du restaurant et pendant le dîner une excellente musique militaire se fait entendre. Au dessert M. Mracek rappelle dans un toast fort spirituel, dont M. Kaposi donne la traduction en français, l'histoire sommaire du Kahlenberg et la célèbre victoire, par laquelle Sobieski, en ces lieux mêmes, il y a 209 ans presque jour pour jour (12 septembre 1683), délivra Vienne de l'armée ottomane.

Samedi, 10 septembre. — A une heure a lieu la séance de clôture ; par acclamation la ville de Londres est choisie comme siège du prochain congrès de 1895, et M. Hutchinson est désigné comme président du comité d'organisation.

Un dernier coup d'œil sur l'exposition et l'on se sépare en se donnant cordialement rendez-vous à Londres dans trois ans.

Le jour même, à trois heures et demie, un assez grand nombre de congressistes prenaient le train pour Budapesth où nous avait conviés M. le professeur Schwimmer et les dermatologues hongrois ; nous dirons tout à l'heure ce qu'a été cette excursion, mais nous voudrions auparavant essayer de résumer l'impression générale qui se dégage de cette semaine de congrès.

On a pu voir par le récit que nous venons de faire combien les organisateurs du congrès se sont ingéniés à rendre aux congressistes le séjour dans leur ville des plus agréables ; réceptions, banquet, visites de musée, tout avait été parfaitement combiné, et si l'on ajoute que pendant cette semaine la plupart des membres du comité ont reçu chaque jour à leur table de nombreux convives, on conviendra qu'il était et qu'il sera désormais impossible de faire mieux et que l'hospitalité viennoise, si renommée, a dépassé encore pour nous cependant tout ce qu'on pouvait attendre.

Quant à la partie scientifique du congrès, on nous permettra, tout en reconnaissant le très grand succès du congrès, de présenter quelques discrètes observations générales qui ne s'adresseront pas tant à ce congrès même si l'on veut qu'à ceux qui viendront dans la suite.

Un fait qui a frappé tout le monde et qui a peut-être paru plus sensible encore à ceux qui n'ayant pas assisté au congrès en ont lu seulement les premiers compte rendus donnés par les journaux, c'est le petit nombre des discussions qui ont suivi les rapports et les communications, le peu d'importance de la plupart de ces discussions, puis aussi leur manque d'internationalité.

A cela il y a une première raison, la trop grande abondance des communications, la dimension parfois démesurée de quelques-unes d'entre elles ; il faudrait pourtant bien se pénétrer que le volume qui sera le compte rendu d'un congrès ne doit pas être seulement un recueil de mémoires insérés sans suite et sans lien ; pour ce genre de travaux les revues spéciales, les périodiques existent et si l'on veut conserver aux congrès toute leur valeur scientifique et leur importance il faut absolument d'une façon quelconque, soit en limitant le nombre, soit en réglant leur étendue, éviter l'envahissement des communications libres ; il est absolument nécessaire, par exemple, de ne pas lire en séance, à moins de raison grave, les communications des personnes absentes et qui par cela même ne peuvent être suivies de discussion.

Il ne faut accepter ces « communications par la poste » que sous réserves,

ne les insérer à la rigueur, si la place et les ressources le permettent, qu'en une sorte d'appendice à la fin du volume, ainsi que nous l'avions peut-être, même à tort, fait en 1889, ou mieux les renvoyer ensuite à leurs auteurs, qui ont toute liberté et toute facilité encore une fois pour les faire paraître dans les recueils périodiques.

Il est absolument indispensable aussi de limiter sinon le nombre de pages des manuscrits (ce qui après tout éviterait pas mal de mécomptes au moment de l'impression du volume), de limiter au moins, comme cela avait été fait à Paris, le temps de lecture ou de parole à la tribune ; faute d'avoir fait observer toujours rigoureusement cette règle, les reliquats d'ordres du jour se sont présentés dès la deuxième séance, des communications ont été rejetées de séance en séance non sans quelque impatience de la part des auteurs et au préjudice des discussions qui auraient pu avoir lieu, car l'assiduité continue à toutes les séances ne peut naturellement pas être demandée à tous.

En remédiant aux inconvénients que je viens de dire on aurait des programmes de séance moins surchargés, on n'aurait plus la préoccupation de presser ou d'écourter les discusions pour parvenir dans le temps voulu à épuiser l'ordre du jour ; les discussions reprendraient toute leur importance et toute leur ampleur ; et en somme c'est pour discuter des sujets en litige ou interprétés diversement dans les divers pays qu'ont été institués les congrès internationaux, et sans vouloir autrement y insister nous rappellerons (c'est une remarque que nous avons entendu faire souvent à Vienne) l'utilité et les heureux résultats des discussions de 1889, sur le *pityriasis rubra pilaire* et les *dermatites pemphigoïdes*, pour ne citer que ces deux-là.

Nous croyons aussi qu'il y a intérêt à limiter à trois ou quatre, cinq au plus les sujets proposés à la discussion générale, de façon à laisser à celle-ci tout le temps et la facilité de s'étendre s'il y a lieu, si l'on continue dans l'avenir à proposer des thèmes généraux, ce que pour notre part nous considérons comme une des raisons d'être des congrès.

Une des causes qui ont également gêné les discussions et leur ont enlevé le caractère d'internationalité qu'elles avaient eu à Paris, tient à l'ignorance de la langue allemande, ignorance regrettable, nous sommes les premiers à en convenir, de la plupart des dermatologistes anglais, français, italiens, roumains, tandis que le plus grand nombre des dermatologistes de langue allemande purent, en 1889, faire leurs discours en français.

Il est évident qu'il ne peut être question d'unifier d'une manière absolue la langue du Congrès (le professeur Virchow n'a-t-il pas proposé lui-même l'usage de la langue française au récent congrès de Moscou, et une pareille proposition ne saurait en tout cas venir de nous-même) ; mais les discussions, on en conviendra, gagneront toujours à être faites le plus possible dans la même langue, et puisque la langue française a l'honneur et le bonheur d'être parlée par la grande majorité de nos éminents collègues de l'étranger et qu'elle peut servir de lien commun entre tant de nationalités différentes, ceux qui voudront bien l'employer feront œuvre de mérite et digne de la reconnaissance de tous.

Enfin, et c'est là un desideratum que nous avons aussi souvent entendu

formuler, il n'y a pas eu tout à fait assez de leçons de choses, comme on dit. Chaque matin de 8 à 9 heures les congressistes ont bien été conviés à visiter les trois services spéciaux de l'hôpital général, et à d'autres moments ceux de l'hôpital Rudolf et celui du faubourg de Wieden, ainsi que les services de la policlinique générale ; mais nous pensons qu'en dehors de ces visites il eût été fort intéressant de faire dans une des salles de l'Université, pendant l'heure de suspension de séance par exemple, des démonstrations cliniques avec présentations de malades et de moulages à propos desquelles forcément une courte discussion s'engage et peut jeter en quelques instants la lumière par la façon dont le même fait est interprété par des adeptes d'écoles diverses, sur des points controversés. Ces présentations eussent été d'autant plus utiles, qu'à Vienne comme à Paris, beaucoup de malades présentant des cas intéressants ne sont pas hospitalisés et auraient pu être ainsi mis sous les yeux des congressistes, qui n'ont guère pu voir que les malades couchés dans les services (services de vacances, ajouterions-nous, comme un peu partout à cette époque). Ces présentations de cas curieux ou rares eussent pu être préparées avec avantage par les soins de la Société de dermatologie. Chaque membre de la Société voulant présenter un ou plusieurs malades en eût informé le Bureau ou une commission nommée ad hoc, qui eût fait un choix entre les divers cas proposés et aurait réglé ces séances éminemment pratiques.

Nous croyons qu'il y a là un élément sérieux de succès pour les congrès futurs et nous ne doutons pas que nos confrères anglais, surtout pour une ville où les distances sont aussi éloignées qu'à Londres, ne cherchent à grouper ainsi les cas les plus intéressants soumis dans les divers hôpitaux à leur observation respective.

Il est rare, en effet, que des malades atteints d'affections cutanées ou syphilitiques ne puissent se lever et il est presque toujours possible de les transporter et de les rassembler pour une semaine dans une même salle d'hôpital.

Les observations que nous venons de faire, guidé, on le sait, par l'intérêt tout particulier, tout paternel on nous permettra de dire, que nous portons à l'avenir des congrès internationaux de dermatologie et de syphiligraphie, ne s'adressent pas tant, on le voit, au congrès de Vienne, dont nous sommes heureux, encore une fois, de constater le réel et grand succès, qu'aux congrès futurs qui ne pouvant faire mieux à certains points de vue, auront à tâche de chercher à faire autrement.

Notre récit du congrès serait incomplet, si nous ne consacrions quelques lignes à l'exposition annexée au congrès et dont l'organisation et la direction avaient été confiées au Dr HANS HEGER (de Vienne), dont nous ne saurions trop louer pour notre part l'inépuisable complaisance.

Elle comprenait une partie scientifique composée des expositions des divers instituts et laboratoires, parmi lesquels : *Clinique du professeur Albert*, une collection nombreuse de photographies, de dessins et de peintures relatifs à l'éléphantiasis et à l'actinomycose; *Clinique du professeur Billroth*, collection analogue (carcinomes de la peau, éléphantiasis, beaux cas de rhinosclérome); *Institut de médecine vétérinaire*, professeurs Schindelka et Csokor, très curieuse collection des parasites de la peau; *Institut d'anatomie pathologique*, professeur Kundrat, pièces préparées dans l'alcool (syphilis du cœur de Mracek, syphilis trachéale, syphilis osseuse, crânes syphilitiques, cornes cutanées, etc.).

Nous ne pouvons rien dire de l'exposition que nous avions organisée pour le musée de l'hôpital Saint-Louis, sinon que, et nous n'apprendrons rien à nos lecteurs, les moulages de Baretta et les photographies de Méheux ont été, comme d'habitude, l'objet d'admirations méritées; quant aux moulages exposés par le Dr Henning, dont la manière se rapproche beaucoup plus de la façon de Jumelin que de celle de Baretta, ils remplissaient cinq vitrines; et nous ne pouvons que féliciter l'auteur de ces intéressants essais. Nous citerons notamment les pièces de *Ichthyosis hystrix*, reproduction d'un cas que nous avons pu voir chez M. le professeur Kaposi; *Lichen ruber plan*, malade de M. Neumann; *Herpes tonsurans maculosus* (pityriasis rosé de Gibert); *Leucoderma syphiliticum*, et une pièce de *Sycosis parasitaire* qui témoignent d'un grand progrès et doivent faire espérer que dans quelques années, Vienne possédera aussi son « Musée de l'hôpital Saint-Louis ».

Du côté de la librairie, nous trouvons les publications dermatologiques et syphiligraphiques éditées par Perles, par Braumuller, et les collections vendues par Safar. La maison Reichert (de Vienne) avait exposé ses microscopes et ses microtomes ; Merker et Ebeling, des microscopes et des appareils à photographies microscopiques ; Siebert, le matériel de laboratoire; Ewald Hildebrand, de Halle, la thermométrie médicale; Leiter, les instruments de chirurgie; un seul fabricant français, M. Gudendag, avait exposé une vitrine remplie d'instruments pour la dermatologie, boîte de scarificateurs et pour la galvano-puncture et ses tissus et gants de caoutchouc; un seul pharmacien français également, M. Cavaillès, avait envoyé ses emplâtres bien connus des médecins parisiens.

Des emplâtres analogues, mais qui ne nous ont pas paru supérieurs, avaient été exposés par M. Jacobi; d'autres pharmaciens avaient encore exposé des emplâtres ou divers produits pharmaceutiques dont on comprendra qu'il ne nous soit pas possible de rendre compte en détail : Stephan, de Dresde, bougies médicamenteuses; Graf, de Berlin, boroglycérine en tubes, etc.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à raconter la très charmante excursion que firent, après le congrès, à Budapesth les congressistes qui se rendirent à l'invitation du professeur Schwimmer et des dermatologues hongrois.

Suivant les indications du joli programme illustré et colorié aux couleurs hongroises qui nous avait été distribué, le plus grand nombre des excursionnistes quittait Vienne par l'express de 3 heures et demie, non sans appréhension pour le succès du voyage, car à ce moment la pluie, qui avait repris dès le matin, tombait à torrents et avait transformé en véritable marécage la grande place qui précède « Sudbanhof » et la gare des États. La ligne du chemin de fer de Vienne à Pesth traverse dans la première partie du trajet la grande plaine de Marchegg, se rapproche un moment du Danube à Presbourg, mais ne côtoie le fleuve que dans le dernier tiers du parcours, à partir de Gran-Nana, permet alors d'en apercevoir un des plus beaux points de son cours au niveau des ruines de Visegrad, puis le quittant encore, ne le retrouve plus guère qu'à l'arrivée à Pesth. Mais justement toute cette troisième partie du voyage, la plus pittoresque, s'accomplit dans la nuit : il est neuf heures quand nous arrivons en gare de Pesth.

Par un souci d'extrême prévenance, de jeunes confrères faisant fonction de commissaires sont montés dans notre train à l'une des dernières stations, et distribuent à la fois des insignes aux couleurs hongroises et des billets de logement, je veux dire donnent à chacun l'indication de l'hôtel où son logement a été retenu; aussi, nul embarras à l'arrivée. L'on se rend

par groupes aux hôtels indiqués, très heureux de constater que la pluie de Vienne ne nous a pas poursuivis et qu'un ciel constellé d'étoiles et admirablement pur nous promet pour le lendemain le beau temps désiré.

Et en effet, le soleil radieux qui a bien voulu se montrer pendant ces deux jours, a contribué pour une bonne part au charme et à l'agrément de nos promenades.

Réunis le lendemain de bonne heure sur le Corso, les excursionnistes montent dans les voitures qui ont été gracieusement mises à leur disposition et, à l'allure rapide avec laquelle conduisent, on le sait, les cochers hongrois, parcourent les principales rues, puis se rendent à l'hôpital de la ville, situé à l'est de Pesth, éloigné des habitations. Ils sont reçus par le directeur, Dr Dulacska et conduits tout d'abord à la salle d'honneur où M. le professeur Schwimmer leur adresse un petit discours de bienvenue. Il rappelle que c'est sur sa proposition qu'en 1889 la ville de Vienne a été désignée comme siège du deuxième congrès et que déjà à cette époque il avait invité les futurs congressistes à venir à Budapesth ; il constate le succès obtenu par le congrès de Vienne et se félicite du grand nombre des congressistes qui, ayant à leur tête le président d'honneur M. Hardy, ont allongé leur voyage jusque dans cette ville. Il espère qu'ils n'auront pas à le regretter ; ils pourront constater le développement rapidement merveilleux qu'a pris la ville de Budapesth, qui continue toujours à s'agrandir et à s'embellir ; ils verront aussi concurremment le développement pris par les institutions scientifiques et hospitalière.

N'est-il pas d'ailleurs opportun et intéressant de rappeler que dans le même temps où Marie-Thérèse, impératrice d'Autriche et reine de Hongrie, fondait l'Université de Bude le titulaire de la chaire de médecine fut Joseph Jacob Plenk, qui publiait en 1776, un an avant Lorry, son livre fameux sur les maladies de la peau, qui peut être considéré comme le point de départ de la dermatologie moderne.

Après avoir ainsi brillé en Hongrie à l'aurore même de la science, les tudes dermatologiques restèrent près d'un siècle comme dans l'oubli, jusqu'à ce que notre spécialité pût être instituée sur une base nouvelle, forte et inaltérable. Le gouvernement hongrois d'une part et la municipalité de la ville de l'autre ont réunis leurs concours dans ces dernières années pour établir une chaire destinée à l'enseignement et un service pour l'étude et l'observation des maladies cutanées et syphilitiques.

« Il a fallu de laborieux efforts pour aboutir ; mais le succès est venu les couronner et c'est avec une joie véritable que je vous reçois aujourd'hui dans mon service destiné aux études spéciales. »

Ce que M. Schwimmer ne pouvait dire, c'est que c'est à son travail persévérant et à son activité infatigable, non moins qu'à sa haute valeur scientifique que l'école dermatologique hongroise doit sa création, et M. Hardy s'est fait l'interprète de tous en le rappelant et en félicitant l'orateur au milieu des applaudissements.

Après avoir apposé nos signatures sur le grand livre de l'hôpital, nous nous rendons au service de M. le professeur Schwimmer. L'hôpital de la ville est de construction toute récente, il a été fini il y a seulement huit années ; le système adopté a été celui de pavillons isolés, séparés par des jardins et disposés symétriquement des deux côtés d'une cour centrale

en forme de quadrilatère allongé. Les pavillons sont en briques et aménagés suivant les derniers perfectionnements (chauffage par la vapeur, aération perpétuelle des salles, plafonds courbés, peintures vernissées, etc.). L'hôpital compte 800 lits ; sur ce nombre, 110 ont été réservés à la dermato-syphiligraphie, les malades de ces deux catégories étant mélangés dans les mêmes salles ; celles-ci, remarquablement claires, sont de 16 lits chacune ; les malades capables de se lever prennent leurs repas dans des réfectoires distincts ; il y a un certain nombre de chambres payantes.

Après la visite dans ses salles de malades, M. Schwimmer nous conduit dans une petite salle décorée pour la circonstance et où sont exposés quelques moulages dermatologiques dus au Dr Sziklai et qui se rapprochent beaucoup de ceux du Dr Henning et des dessins de démonstrations très habilement exécutés. Dans cette même salle, MM. Havas et Rona ont fait venir quelques malades de leurs cliniques particulières et nous présentent quelques cas fort intéressants, entre autres, un *sarcome idiopathique* et un cas de *pityriasis rubra pilaris* qualifié de *lichen ruber acuminatus* par M. le professeur Kaposi qui a vu le malade une première fois. Leurs deux autres collègues MM. Basch et Török achèvent de guider notre visite dans les divers services et dépendances de l'hôpital, notamment dans la belle installation pour l'anatomie pathologique et la bactériologie, service de M. le professeur Perk.

Mais le temps presse, on remonte en voiture et en quelques minutes nous sommes au chemin de fer où un train spécial nous emmène à quelques kilomètres dans la plaine située de l'autre côté de la montagne de Bude, aux célèbres établissements de M. Saxlehner, propriétaire de l'eau purgative d'Hunyadi-Janos.

Nous sommes reçus aux sons de la musique des tziganes ; des arcs de feuillages ont été élevés et des drapeaux aux couleurs de toutes les nations flottent joyeusement de toutes parts. On visite les établissements, d'abord les puits, au nombre de 90, d'où l'eau, pompée à bras, est envoyée dans un grand réservoir bétonné de forme ovoïde d'une contenance de 80,000 litres ; de là elle est reprise par une pompe à vapeur et conduite dans l'atelier où se fait l'embouteillage, opération très curieuse dans laquelle au moyen d'un ingénieux appareil dix bouteilles se remplissent en même temps ; en quelques instants la bouteille est bouchée, coiffée de sa capsule et munie de son étiquette : 100,000 bouteilles sont ainsi préparées chaque jour ; la production annuelle est de 6,000,000 ; 350 femmes et 100 hommes sont employés à ce travail.

De place en place, des verres ont été placés pour nous faire admirer la limpidité de l'eau, mais la dégustation ne tente personne. On lui préfère les excellents vins hongrois qui accompagnent le somptueux déjeuner que M. Saxlehner, au nom de sa mère absente, offre aux excursionnistes.

L'orchestre des tziganes ne cesse de se faire entendre et quand arrivent les toasts cela devient de l'enthousiasme : la *Marche de Racokzy*, la *Marseillaise* sont acclamées ; après le toast de M. Hutchinson on joue le *God save the Queen* ; et jusqu'au moment du départ la musique et les chants hongrois continuent : la *Marseillaise* est chantée en hongrois ; au retour les étudiants portent sur leurs épaules M. Schwimmer et M. Hardy.

Le soir même, M. et Mme Schwimmer recevaient chez eux les membres

du congrès et cette charmante réception, où se retrouvait dans les moindres détails le goût parfait de la maîtresse de maison, ne se terminait que fort tard.

La matinée du lundi est consacrée à la visite de divers établissements scientifiques et institutions de bienfaisance ; c'est ainsi que nous voyons l'*Hôpital des Cliniques*, dont la construction remonte à 10 ans, qui peut donner asile à 400 malades et contient deux cliniques internes, deux cliniques chirurgicales, une pour les maladies des yeux et un institut antirabique suivant la méthode Pasteur; il s'y fait en plus deux policliniques, l'une pour les maladies des nerfs, l'autre pour les maladies de la peau, sous la direction de M. Schwimmer ; puis l'*Hôpital Stéphanie*, réservé aux enfants malades, véritable merveille du genre, contenant 148 lits et dû presque entièrement à la bienfaisance privée, sur l'initiative du Dr Bokay, père du directeur actuel; le coût d'un lit est de 2,000 florins, un peu moins de 4,500 francs; enfin la très curieuse installation de l'*Assistance publique*.

On désigne sous ce nom un établissement dû, lui aussi, à la bienfaisance privée et qui est en très grand et très complet ce que sont à Paris, encore bien rudimentaires, les ambulances urbaines.

Cette institution, dont le fondateur-directeur est le Dr Geza Kresz, remonte à l'année 1887 ; mais le très beau bâtiment dans lequel elle fonctionne actuellement date seulement de 1890. Les constructions ont coûté 64,000 florins (135,000 francs environ) et ont été édifiées sur un terrain appartenant à la ville, qui a contribué aux frais de constructions pour les trois quarts et qui donne une subvention annuelle de 10,000 florins (1) ; les installations intérieures, le mobilier, les voitures, les instruments de chirurgie, ont coûté environ 10,000 florins (21,000 francs) ; il serait difficile de trouver une installation plus complète et plus confortable. Au rez-de-chaussée se trouvent la chambre de garde, une salle d'opérations, les réserves d'objets de pansements, des cantines toujours prêtes et pouvant fournir 3,000 pansements ; une salle de réunion où se tiennent les étudiants de garde, avec des journaux, des jeux de société et un billard.

En dehors du personnel dirigeant et des gens de service, le service médical est fourni par les étudiants en médecine qui tous se sont fait inscrire, si bien que leur tour de garde, qui ne dure d'ailleurs que vingt-quatre heures, ne revient que toutes les six semaines ; au premier étage sont diverses salles, salle du conseil, salle de conférence et surtout une grande chambre contenant huit lits où peuvent loger huit étudiants en médecine, en plus des étudiants de garde, et qui peuvent prêter leur aide en cas de gros accident. Les écuries contiennent 6 chevaux ; et il y a 11 voitures, parmi lesquelles 3 voitures dites de sauvetage rappelant nos voitures d'ambulance militaire et attelées à deux chevaux, 2 landaus très bien aménagés pour le transport des malades ; un coupé entièrement tapissé de caoutchouc et qui sert au transport des aliénés ; une voiture pour le transport des morts et plusieurs charrettes à bras. C'est une institution dont la ville de Budapesth

(1) La dépense nécessaire est évaluée annuellement à 20,000 florins, plus de 42,000 francs.

peut se montrer à bon droit très fière et que nous ne pouvons que souhaiter aussi parfaite à la ville de Paris.

A côté de l'Assistance publique fonctionne sous la même direction un petit *Institut vaccinal* dans lequel on fait 2,000 vaccinations par an environ, pour une dépense de 1,500 florins (3,300 francs environ) et qui n'a pas coûté 40,000 francs à installer.

Pendant ce temps d'autres congressistes étaient allés visiter l'Université ; à midi tout le monde, y compris de nombreuses dames, se retrouvait à l'embarcadère du bateau à vapeur qui nous conduisait à l'île Marguerite, située en amont de la ville et convertie par son propriétaire l'archiduc Joseph en un fort joli parc : des tramways nous mènent en quelques minutes à l'extrémité de l'île où se trouve une abondante source d'eau sulfureuse qui rappelle par sa composition et ses attributions l'eau d'Uriage, avec un très bel établissement de bains, un hôtel et des villas.

Une photographie est prise du groupe des visiteurs, et nous prenons place dans la grande salle de l'hôtel où un déjeuner, moitié hongrois moitié français, nous est offert par les dermatologues de Budapesth. Ai-je besoin d'ajouter que la musique des tziganes nous a exécuté ses czardas les plus fameuses et qu'au dessert les toasts ont été de plus en plus nombreux :

M. Schwimmer a porté le toast au Roi, puis MM. Havas, E. Vidal, de Amicis, Feulard, Malcolm Morris, Rona, Török, Basch, Crocker, Ehrmann, Stein, van Horn, Joannu fils, Bertarelli, Hutchinson, Gaucher et le poète Agai ont pris tour à tour la parole ; nous les résumerons tous en disant qu'ils exprimaient de part et d'autre la joie ressentie pendant ces deux journées passées ensemble, les remerciements des congressistes pour l'accueil si cordial et si enthousiaste qu'ils ont trouvé dans la ville de Budapesth, les souhaits les plus ardents et les plus sincères pour le développement toujours progressif de cette belle cité dont l'avenir s'annonce si prospère, pour la vitalité de cette jeune et vaillante école dermatologique hongroise, qui compte groupés autour de leur chef M. Schwimmer, des médecins de talent tels que MM. Havas, Rona, Basch et Török ; ils exprimaient enfin la reconnaissance et la gratitude de tous pour la réception si amicale que leur ont faite ces aimables confrères, et tout particulièrement pour M. le professeur Schwimmer qui en avait été l'organisateur.

Puis l'on revient en ville et l'on se sépare, les uns quittant Budapesth le soir même, les autres, qui ne partiront que le lendemain, employant les quelques heures qui leur restent à visiter le château de Bude et ses jardins.

Le mardi, les derniers excursionnistes rentrent à Vienne pour retourner chacun dans leurs pays respectifs.

Cette fois c'est la séparation définitive et ce n'est pas sans quelque mélancolie et sans le regret de ces journées si vite écoulées que l'on se dit adieu. Mais le congrès de Vienne restera, j'en suis sûr, parmi les plus agréables souvenirs de tous ceux qui y ont assisté et tous se plairont à rendre hommage à l'urbanité et à l'amabilité des médecins austro-hongrois.

Henri Feulard.

COMPTE RENDU RÉSUMÉ DES SÉANCES

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE

La diffusion actuelle de la lèpre en Europe.

M. Arning (de Hambourg). — Un demi-siècle s'est écoulé, depuis que la question de la lèpre a été élucidée par les travaux de Danielssen et de Bœck. Il y a trente ans, l'enquête et les recherches de Virchow marquaient une nouvelle époque dans la connaissance de cette maladie. Puis apparurent, il y a vingt ans environ, la découverte par Hansen, du bacille de la lèpre et son étude par Neisser. C'est alors que la lèpre fut de nouveau mise à l'ordre du jour ; malgré cela, bien des points restent encore obscurs et son traitement est encore à trouver.

Cependant deux points sont bien acquis à la science :

1° La lèpre est une maladie bacillaire particulière à l'homme et se communique de l'homme malade à l'homme sain ;

2° La lèpre est partout la même et a été partout la même, non seulement dans son étiologie et ses symptômes, mais aussi dans les degrés de sa virulence et dans son pronostic presque toujours fatal.

Ceci étant bien admis, il convient de porter de nouveau l'attention sur l'état actuel de la lèpre en Europe ; non pas qu'il y ait à craindre de voir tout le continent envahi comme il l'a été du XIe au XVe siècle, mais il serait possible qu'il y eût une recrudescence de cette maladie en Europe. En effet, depuis la moitié de ce siècle, de nouveaux foyers se sont formés en Russie et en Espagne, et voici dix ans qu'elle est apparue de nouveau en Allemagne.

Un fait certain, c'est la fréquence avec laquelle les Européens acquièrent cette maladie dans les pays étrangers où la lèpre est endémique. On sait d'ailleurs que celle-ci a subi dans ces régions depuis 10 ans un accroissement considérable ; il en résulte que l'importation se montrera d'autant plus fréquente que les relations commerciales subissent une augmentation continuelle. Dans de telles conditions il est de toute nécessité que la police sanitaire en Europe surveille le développement de la lèpre. Il serait à désirer que les cas fussent enregistrés et qu'une enquête fût établie sous les auspices des gouvernements européens.

Les différents points, qu'il y aurait grand intérêt à élucider, seraient les suivants :

1° Les cas en observation représentent-ils un ancien foyer ?

a) Ce foyer va-t-il en diminuant, ou reste-t-il stationnaire quant au nombre, ou bien s'étend-il ?

b) Dans de tels foyers peut-on constater que telle nationalité ou telle race est plus atteinte qu'une autre ?

2° S'agit-il dans ces cas d'exemples de lèpre nouvellement importés ?

a) Ces cas proviennent-ils de foyers nés en Europe ou en dehors de l'Europe ?

b) Peut-on constater une extension de ces cas importés ?

3° Quelles sont les mesures sanitaires prises contre la lèpre par les pays atteints et quels résultats donnent-elles ?

Une telle statistique nous donnera un aperçu clair sur la situation de la lèpre en Europe. Jusqu'à présent elle n'a été faite que pour la Norvège et pour la Russie.

Pour la moitié occidentale de l'Europe on peut évaluer cependant le nombre des cas de lèpre à 3,000 environ. En Norvège il y en a 1,200 cas ; en Espagne, d'après Olavide, il y en aurait autant ; en Portugal, le nombre atteindrait 300, en Sicile 100, en France et dans le nord de l'Italie 100, dans l'île de Malte 70, et en Islande 100.

A ces 3,000 cas il faut ajouter ceux qui reviennent en Europe après avoir contracté la lèpre dans les pays infectés ; si l'on considère que ces malades font tout ce qu'ils peuvent pour dissimuler leur état, nous pouvons concevoir qu'un certain nombre d'entre eux passera inaperçu. D'après Besnier il y aurait 80 cas de lèpre dans les hôpitaux de Paris et peut-être autant en dehors des établissements hospitaliers. A Londres, il y en aurait 100 cas. En Hollande on peut admettre que les principales villes, par leur relation intime avec les colonies envahies par la lèpre, en recèlent un nombre respectable. Je déduis cela de ce que je vois à Hambourg où il ne se passe pas quelques mois sans que de nouveaux cas de lèpre se présentent à l'observation. Personne ne peut nier que par ces cas la lèpre ne puisse être disséminée dans les pays de l'Europe exempts de cette maladie ; cependant ce n'est guère vraisemblable, car la plupart des cas importés appartiennent aux classes plus aisées ; ces malades connaissent leur maladie et ont conscience du danger qui peut provenir de leur part. Cependant le célèbre cas qui s'est produit à Dublin et qui a été rapporté par Hawtrey Benson, montre bien que la maladie peut se communiquer par défaut de précautions hygiéniques.

Pourtant G. Hutchinson n'a jamais vu dans sa longue carrière médicale un seul cas de contagion.

Petersen de son côté a observé de nouveaux foyers dans les provinces russes de la Baltique. La maladie semble y avoir été importée par des troupes militaires venant du sud de la Russie et avoir pris depuis 10 ans une telle extension que l'installation de léproseries a été jugée nécessaire. Mais vous serez peut-être étonné d'apprendre que depuis 10 ans également un nouveau foyer de lèpre s'est développé en Allemagne. Il s'agit de quelques cas autochtones développés près de Memel, en Prusse ; cet envahissement s'explique très bien par le voisinage de la frontière russe, de la Courlande. Cependant, d'après des communications qui m'ont été faites par le Dr Rosenthal de Memel et Ortmann de Königsberg, tous les cas n'ont pas été importés de la Russie, mais se sont développés en Allemagne même. Voici ce qui m'a été relaté par le Dr Rosenthal : « Je ne sache pas qu'il y ait eu avant 1882 un seul cas de lèpre. Le premier cas a été constaté par le Dr Foerst et moi, en 1882. Il s'agissait d'un paysan lithuanien d'un faubourg de Memel ; cet homme n'avait jamais passé la frontière russe, n'avait jamais eu affaire dans ce pays. Depuis ce temps, sept nouveaux cas se sont montrés ; dans tous ces cas il s'agissait de paysans de Lithuanie (sept hommes et une femme) de 20 ans à 40 ans. Deux des ma-

lades sont frères et la maladie s'est montrée chez eux à la même époque. Tous les autres sont à distances de 4 à 15 kilom., n'ont jamais eu de relation entre eux, ne se connaissent nullement. Personne de la maison ou du voisinage ne fut atteint. Une importation par la Russie ne put être constatée, cependant les rapports des deux pays sont si nombreux qu'on ne peut éliminer tout à fait cette possibilité. »

Une telle agglomération de cas dans un court espace de temps sur un territoire si peu étendu, exempt de lèpre, exige, en présence de l'insuffisence de la thérapeutique, que des mesures soient prises pour arrêter l'extension de la maladie. Il faut pratiquer l'isolement. Par contre, je ne crois pas qu'une telle mesure doive être prise dans nos grandes villes et là où des foyers importés s'installent sous la surveillance médicale. Dans ces cas l'inscription et le contrôle suffiront.

Chaque médecin d'Europe devrait être obligé, de par les autorités médicales, de signaler chaque nouveau cas de lèpre. Les autorités médicales devraient inscrire chaque cas, en notant la nationalité, le lieu de séjour antérieur et les antécédents morbides et héréditaires de chaque malade; chaque cas devrait être contrôlé, particulièrement au point de vue du changement de lieu..... Ces mesures seraient d'autant plus efficaces qu'elles auraient un caractère international. En attendant que les gouvernement prennent de telles dispositions, il serait possible qu'une commission nommée par un congrès international comme celui-ci fît une enquête sur l'état de la lèpre en Europe.

La lèpre en Portugal.

M. Zeferino Falcao (de Lisbonne). — Les lépreux ne sont pas isolés en Portugal. Il y a bien quelques hôpitaux spéciaux mais ils ne sont pas obligatoires et on reçoit des lépreux dans tous les hôpitaux. La plupart des malades sont absolument mélangés à la population saine et y exercent tous les métiers, même celui de boucher. Malgré les difficultés et les incertitudes d'une enquête de ce genre où l'on est fort peu aidé par les malades eux-mêmes, il est positif que la lèpre est plus fréquente chez les descendants de lépreux. On peut citer comme exemple d'hérédité le cas suivant : Un fils de lépreux perd son père à l'âge de 5 ans, sa mère étant saine. Il est élevé à Paris et en Allemagne et n'en devient pas moins lépreux à 32 ans. Du reste on peut admettre l'hérédité sans nier la contagion. Sur 772 lépreux, 501 sont du sexe masculin ; c'est entre 12 et 20 ans que la maladie s'est montrée le plus souvent. Chose singulière, sur ce nombre, il n'y a pas un seul blond, quoique les blonds ne sont pas rares dans les provinces du Nord.

Le refroidissement est souvent invoqué comme cause occasionnelle. L'alimentation ne joue évidemment aucun rôle, ni le poisson ni la viande de porc ne sont des facteurs constants. On peut observer la lèpre dans toutes les classes de la société. La forme tuberculeuse est la plus fréquente.

Le début le plus ordinaire est par les malléoles, souvent aussi par les conjonctives ou par les oreilles.

On rencontre la lèpre dans toutes les provinces du Portugal, mais les

plus atteintes sont la Beira Alta, les Algarves et l'Estramadure. Il est difficile de dire si la lèpre est en décroissance, certains foyers sont en voie d'extinction, mais d'autre part on en signale de nouveaux. Du reste on ne peut guère compter faire disparaître complètement la lèpre du Portugal à cause des importations nouvelles provenant surtout du Brésil où la maladie est endémique.

Au point de vue thérapeutique, j'ai surtout employé l'acide gynocardique à l'intérieur, en y ajoutant un traitement local par les agents réducteurs et le galvano-cautère. L'huile de chaulmoogra est mal supportée à dose suffisante dans les climats chauds comme le Portugal.

La lèpre dans la péninsule des Balkans.

Prof. Kalindero (de Bucarest). — Nous avons toujours été contagionnistes et cette doctrine a toujours gagné du terrain, depuis le congrès de Paris. La nature de l'alimentation et notamment le poisson ne joue aucun rôle. On a accusé les moustiques de transmettre la maladie, mais rien ne vient appuyer cette hypothèse. Il est possible que la lèpre puisse se transmettre par la vaccination jennérienne, mais non par la vaccination animale. La contagion peut se faire d'homme à homme, le bacille peut pénétrer à travers la peau saine par les orifices des follicules pileux, et je crois la transmission possible par l'allaitement. La transmission héréditaire est probable, quoique l'on n'ait jamais vu de fœtus lépreux. Il faudrait, pour s'en assurer, isoler de leur famille des enfants de lépreux dès leur première enfance.

La question de la contagion étant définitivement jugée, il faudrait prendre des mesures de défense contre l'importation venant de l'Orient.

Au point de vue du diagnostic, la maladie la plus difficile à distinguer de la lèpre est la syringomyélie et certainement la confusion a quelquefois été faite. Voici quels en sont les caractères differentiels :

SYRINGOMYÉLIE	LÈPRE
Dissociation des troubles sensitifs.	Abolition de la sensibilité tactile.
Intégrité des muscles superficiels de la face.	Atrophie et paralysie des muscles superficiels de la face.
Pas de taches sur la peau.	Taches anesthésiques sur le corps.
Intégrité du système pileux.	Chute complète ou partielle des poils, altérations excessives des ongles.
Déviation de la colonne vertébrale.	Épaississement des nerfs avec renflements nodulaires. Résorption spontanée des phalanges.

Dans les cas difficiles j'ai déjà proposé un moyen très simple qui consiste à appliquer un vésicatoire et à rechercher le bacille de la lèpre dans le liquide exsudé lorsqu'il commence à devenir purulent vers le 3e ou 4e jour.

Au point de vue thérapeutique je n'ai jamais obtenu de résultat avec

l'huile de chaulmoogra ni avec l'ichthyol. Le traitement qui m'a le mieux réussi c'est le pétrole brut à l'intérieur à la dose de 1 gr. à 1,25 en capsules, en même temps qu'une pommade au pétrole à 1 pour 10 ou 20. Je n'ai jamais, il est vrai, obtenu de guérison mais des améliorations aussi marquées qu'avec les autres méthodes, et l'abondance du pétrole dans le pays où j'exerce rend ce traitement beaucoup plus facile. J'ai essayé également sans succès des injections de tuberculine.

La lèpre en Bosnie.

Le professeur Neumann (de Vienne) fait une communication sur l'apparition sporadique de la lèpre en Bosnie d'après des observations qu'il a faites lui-même au cours d'un voyage dans ce pays. L'existence de cette maladie avait été jusqu'à présent inconnue dans cette contrée. Les cas observés ont été au nombre de neuf, appartenant tous à la forme tuberculeuse avec localisation prédominante au visage ; aucun cas de lèpre nerveuse ne fut observé. Huit de ces malades étaient musulmans, le neuvième chrétien ; tous étaient jeunes. Au point de vue étiologique il est probable que l'hérédité jouait ici un rôle important ; mais il n'y avait aucune preuve en faveur de la contagion.

L'usage du poisson ne pouvait pas être incriminé, car la nourriture principale du peuple se compose de végétaux. La lèpre paraît donc être endémique en Bosnie. On peut admettre avec vraisemblance que cette maladie a été importée de l'Asie Mineure par les Turcs qui se sont emparés de la Bosnie au XVe siècle ; il est plus vraisemblable qu'elle a été introduite par les îles Ioniennes ou par l'Italie, à cause des relations étroites qui existaient entre ce pays et la république de Venise, la lèpre ayant été autrefois assez répandue dans le sud de l'Europe avant l'invasion des Turcs.

Le gouvernement a porté toute son attention de ce côté depuis l'apparition de la lèpre et si les cas se multipliaient, des mesures préventives seraient prises ; avant tout l'installation d'une léproserie serait faite. Pour le moment les cas signalés sont placés sous le contrôle médical et traités par des médecins.

Discussion :

Le professeur Köbner (de Berlin) est d'avis qu'on devrait une fois pour toutes rayer le mot de lèpre tuberculeuse et le remplacer par le mot de lèpre noueuse (nodosa). Köbner n'a vu à l'hôpital St-Maurice et St-Lazare que des cas de lèpre noueuse, la lèpre maculeuse et nerveuse y est presque inconnue. D'autre part, il faut être très réservé dans le pronostic de la lèpre, car il a vu dans un voyage qu'il a fait à S.-Remo et sur la rivière de Gênes des lépreux avec des délabrements considérables de différentes parties du corps.

En outre, il cite deux exemples qui ne plaident pas en faveur de la contagion. L'un concerne un homme qui émigra en Amérique et qui fut pendant 11 ans en contact avec des lépreux ; ce n'est qu'au bout de ce temps et au cours d'un rétrécissement de l'urèthre qui altéra fortement sa santé, qu'il lui survint quelques taches. Il fut d'abord très amélioré par le salicylate de soude ; puis une nouvelle poussée se fit à la peau, au palais

et au larynx. Bien que le malade vécut 10 ans encore, ni sa femme, ni son enfant ne furent contaminés. Köbner rapporte un 2e cas semblable.

Köbner discute la théorie de Hutchinson qui croit que la consommation de poisson salé peut produire la lèpre. Pour résoudre cette question il a cherché à plusieurs reprises à inoculer la lèpre à des anguilles ; mais les inoculations pratiquées sous la peau n'ont pas mieux réussi que celles faites dans la chambre antérieure de l'œil. Les poissons eurent, quelques semaines après, des taches blanchâtres sur la peau qui n'étaient autre chose que des amas de champignons, comme on en voit survenir chez d'autres animaux. Köbner s'élève contre l'emploi des pilules de créosote qui peuvent produire de l'albuminurie et de l'hématurie.

Les lépreux redoutent surtout les délabrements tels que la perte du nez ; Köbner a préservé un malade de cette pénible complication en cautérisant les ulcérations nasales avec le chlorure de zinc.

Cultures d'un bacille qui paraît être celui de la lèpre.

Professeur Campana (de Gênes) a fait des cultures avec 7 cas de lèpre et a toujours trouvé le même bacille. Les cultures ont été faites dans du bouillon solidifié par l'agar et additionné de 2 0/0 de glycose. La végétation débute vers le 7e jour dans la profondeur du milieu par de très petits points qui forment nuage tout le long de la piqûre. Ce sont des bacilles droits ou courbes, un peu plus courts que ceux de la tuberculose avec 2 ou 3 points un peu plus colorés sur leur longueur. Ils ont les mêmes réactions colorantes que ceux de la lèpre, sauf qu'ils ne gardent pas la coloration d'Ehrlich.

Les inoculations aux animaux sont restées sans résultats ; néanmoins, il croit que le bacille qu'il a trouvé pourrait bien être celui de la lèpre.

De la culture du bacille de la lèpre.

Aug. Ducrey (de Naples). — Dans un mémoire qui a paru dans le *Giornale italiano d. mal. ven. e della pelle* de mars 1892, j'ai rapporté mes recherches commencées depuis trois ans sur le bacille de la lèpre. Je suis enfin parvenu à obtenir des cultures d'un bacille qui paraît morphologiquement semblable à celui de la lèpre. Ce bacille est tout à fait différent de ceux qui ont été décrits par Bordone Uffreduzzi, par Gianturco, par Kanthack et Barclay, mais il est identique à celui qui a été découvert depuis un an par Campana, ainsi que nous avons pu nous en assurer l'un et l'autre.

Depuis ma première publication sur ce sujet, j'ai continué mes recherches sur les malades de la clinique du professeur de Amicis dont les uns étaient vus pour la première fois, les autres avaient déjà servi à des recherches infructueuses.

Chez un malade dont une première fois l'étude avait été sans résultats, j'ai pu obtenir des cultures en ensemençant des fragments de tissu lépreux dans du bouillon contenu dans des tubes où j'avais fait le vide avec la pompe à mercure. Ces cultures furent moins vigoureuses que

celles des premiers cas et ne purent être ensemencées au delà de la 3e génération. Il faut remarquer que le malade était particulièrement bien à ce moment, que les tubercules étaient peu nombreux et affaissés.

Chez tous les autres malades, les résultats ont été nuls, qu'il s'agît de lèpre tuberculeuse ou de lèpre anesthésique. Je dois une mention particulière au nommé Gabrielli, de Livourne, né de parents sains et encore vivants ; il avait été à plusieurs reprises à Nice et à Marseille en quête de travail, mais n'avait jamais vu de lépreux. Il avait une lèpre tuberculeuse parfaitement nette et chez lui les premiers symptômes avaient été des douleurs dans les membres, puis de la parésie et du tremblement des membres supérieurs ; les derniers symptômes paraissaient relever plutôt de l'alcoolisme. A bien des reprises j'ai ensemencé des fragments provenant de ce malade, mais toujours sans succès, et cependant c'est la même technique, les mêmes milieux, aussi je crois que si l'on ne réussit que dans quelques cas seulement (pour moi, 2 fois sur 10) cela tient à des circonstances inhérentes au malade, à son parasite, et au stade de développement de ce dernier. Aussi dans toutes les tentatives ultérieures de culture du bacille de la lèpre faudra-t-il prendre soigneusement note de l'âge de la maladie, de sa forme clinique, de l'état de progrès ou de régression dans lequel elle se trouve, de la coexistence d'autres affections, etc. Ce n'est que par la comparaison d'un grand nombre d'observations prises dans ce sens qu'on pourra arriver à résoudre cette difficulté. Ne serait-il pas possible que dans certains cas, pour une raison ou pour une autre, la plupart des innombrables bacilles que le microscope nous montre dans un fragment de tissu lépreux fussent morts ou au moins dans un état de vitalité affaiblie qui ne leur permît pas de végéter sur nos milieux artificiels.

Il est important de savoir que les cultures peuvent se faire aussi bien dans un milieu légèrement acide que dans un milieu alcalin, et cela non seulement pour les réensemencements, mais même pour des premières cultures. J'ai découvert ce fait en vérifiant la réaction de tubes d'agar glycosé après la stérilisation à l'autoclave. De neutres ou légèrement alcalins ils étaient devenus légèrement acides, et ne m'en avaient pas moins fourni de très belles cultures.

Ce bacille présente tous les caractères morphologiques de celui de la lèpre, il est strictement anaérobie et végète soit dans les milieux liquides, soit dans les milieux solides à la température de 37° à 39°. Il se colore bien par la méthode de Gram et j'ai pu obtenir de très belles préparations colorées par la méthode de Koch-Ehrlich. Les expériences d'inoculation ont été répétées de toutes les façons avec des cultures et avec des fragments de tissus morbides, sur nombre d'espèces animales différentes, dans toutes les parties du corps, mais toujours sans succès. Malgré cette lacune dans la démonstration, je crois extrêmement probable que le bacille isolé et cultivé par Campana et moi est bien le bacille de la lèpre. L'inconstance des résultats des premiers ensemencements n'infirme pas cette opinion, car il n'est pas moins difficile d'obtenir des premières cultures du bacille tuberculeux.

La démonstration absolue ne pourra évidemment être fournie que par la reproduction de la maladie par l'inoculation des cultures. Cette expé-

rience n'est pas permise chez l'homme et jusqu'à présent a été négative chez tous les animaux.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE

Sur les formes tardives de la syphilis.

Professeur Neumann (de Vienne). — Les principaux facteurs dans l'apparition de la syphilis tertiaire sont l'insuffisance du traitement institué au début de la maladie et les affections constitutionnelles concomitantes telles que la tuberculose, la malaria, le scorbut, le diabète, le mal de Bright et l'alcoolisme chronique. Il est certain que les manifestations de la syphilis tertiaire doivent être considérées comme des métastases dans le sens où le comprenait Virchow; mais d'une part l'observation clinique qui montre qu'à n'importe quel moment la syphilis peut déterminer de l'infection et se transmettre aux descendants et, d'autre part, des recherches anatomiques précises ont établi que des modifications pathologiques des tissus survenues dans la période précédente conduisent à la production de la syphilis tertiaire. Il arrive que la syphilis se localise dans la période tardive aux mêmes endroits où elle s'est montrée dans la phase secondaire. Haslund, Leloir et d'autres ont vu des gommes cutanées se développer là où dans le stade secondaire des papules s'étaient montrées à plusieurs reprises.

D'après mes recherches faites sur des amygdales excisées et sur les piliers du voile du palais, il est certain que la syphilis tertiaire représente des foyers isolés qui sont des reliquats d'exsudats provenant de la période secondaire. Sans aucun doute il s'agit ici également d'altérations chimiques des tissus qui doivent être rapportés au processus de la cause spécifique, aux sécrétions produites par les bactéries ou ptomaïnes dans le sens où le prennent Selmi et Brieger. L'examen du sang a donné à peu près les mêmes résultats que dans la période secondaire : on trouve une diminution constante de l'hémoglobine, souvent une diminution du nombre de globules rouges et une augmentation de globules blancs. Ces modifications atteignent un haut degré dans l'anémie pernicieuse des syphilitiques.

Sur 9742 cas de syphilis traités à ma clinique, il y avait 665 cas de syphilis tertiaire, c'est-à-dire 6,82 0/0.

Celle-ci était survenue :

1 an après l'infection dans	....	32 cas.
2-10 ans — —	....	221 —
11-20 — — —	....	87 —
21-47 — — —	....	33 —

Dans les autres cas on ne put fixer la date de l'infection. D'après mes chiffres un voit que la syphilis tertiaire se montre le plus souvent dans la 3e année de l'infection, et devient de plus en plus rare, à moins qu'on s'éloigne de cette date.

Au point de vue de l'âge du sujet, voici ce que j'ai observé :

De 1 à 10 ans	1 cas.
— 11 — 20 —	40 —
— 21 — 30 —	224 —
— 31 — 40 —	221 —
— 41 — 50 —	109 —
— 51 — 60 —	67 —
— 61 — 70 —	13 —
— 71 — 74 —	2 —

Les 2/3 de ces malades n'avaient pas été traités jusqu'à l'apparition de la phase tertiaire, tandis que le reste avait été soigné d'une façon insuffisante.

Ce sont les affections de la peau qui prédominaient, après venaient les affections osseuses, puis celles des viscères.

La syphilis endémique n'est pas une maladie *sui generis*, mais une syphilis tertiaire ordinaire, dont quelques cas relèvent de la syphilis héréditaire tardive. Cette syphilis soi-disant endémique, existe en Dalmatie, Herzégovine, surtout en Bosnie. La syphilis y acquiert une gravité extrême par l'absence de soins hygiéniques et de traitement. C'est bien de la syphilis acquise que l'on y observe, quelquefois de la syphilis héréditaire tardive; la transmission héréditaire de cette maladie à plusieurs générations n'est nullement prouvée.

Dans ces pays souvent la syphilis s'acquiert par voie extra-génitale; la vie en commun, l'habitude de se servir de la même pipe, du même verre (l'*imbrik*, vase à goulot étroit), du même couvert, la coutume de s'embrasser dans les différentes circonstances de la vie, favorisent la contagion.

Discussion :

M. Neisser (de Breslau) est d'avis qu'on doit plutôt attribuer aux toxines l'apparition des produits tertiaires. D'autre part, il serait à souhaiter qu'on ne mît pas dans la phase tertiaire le tabes et la démence paralytique, vu que la question prête encore à discussion.

Il n'admet pas non plus la syphilis héréditaire tardive; il ne connaît pas un seul cas qui mérite ce nom.

M. Lang (de Vienne) pense qu'on pourrait considérer le tabes syphilitique comme le résultat de l'action continue des toxines, mais les formes serpigineuses doivent être attribuées à un agent organisé.

M. Finger (de Vienne) croit qu'il faut incriminer dans la production des accidents tertiaires non seulement la toxine, mais aussi la présence d'un virus.

Les différentes formes de la syphilis infantile observées à l'hôpital des Enfants de Bucarest.

M. Gr. Romniceano (de Bucarest). — J'ai observé en 17 ans, 723 cas de syphilis infantile à l'hôpital des Enfants; sur ce nombre il y avait 390 garçons et 323 filles.

Ces premiers accidents syphilitiques se sont montrés quelquefois dès la naissance, mais le plus souvent entre un et quatre mois. La première

manifestation a généralement été le coryza; chez un enfant né de parents tous deux syphilitiques, la maladie a débuté par une entérite. Les plaques muqueuses constituent la lésion la plus fréquemment observée, d'autant que les parents la remarquent plus facilement et que leurs récidives fréquentes occasionnaient des entrées répétées à l'hôpital, pendant toute la première année et même au delà. Elles s'observaient aux lèvres, aux commissures, aux joues, aux fesses, à la face interne des cuisses, les espaces interdigitaux, et même sous le menton et à la paume des mains. Le pemphigus s'est montré quelquefois aussitôt après la naissance et dans ce cas les enfants sont généralement morts. J'ai rarement vu des onyxis, mais assez souvent des abcès multiples qui ont quelquefois entraîné la mort. Dans quelques cas, j'ai observé des arthrites du coude, de l'épaule ou de la hanche. Ces arthrites, contemporaines de la roséole, évoluaient rapidement et aboutissaient à une suppuration abondante. Elles guérissaient souvent après ouverture et évacuation du pus.

Les accidents tertiaires ont été moins fréquents que les secondaires, ils se sont montrés jusqu'à l'âge de quinze ans.

On peut distinguer 3 formes de la syphilis infantile :

1° Une forme légère dans laquelle les lésions de la peau et des muqueuses apparaissent à de longs intervalles pendant 6 à 8 mois, puis guérissent sous l'influence du traitement, et ne reparaissent pas. C'est la plus fréquente;

2° Des cas moyens où les accidents récidivent plus souvent et pendant plus longtemps;

3° Dans la forme grave, les accidents ont récidivé obstinément jusqu'à l'âge de 14 ou 15 ans.

Les enfants hérédo-syphilitiques prennent très facilement la broncho-pneumonie qui présente chez eux une gravité exceptionnelle et devient fréquemment la cause de leur mort. De même la tuberculose est très commune à la suite de la syphilis héréditaire.

Le traitement a consisté en frictions avec la pommade mercurielle faites matin et soir alternativement sur la poitrine et sur le dos, à la dose d'un gramme chaque fois. En général, les accidents ont guéri au bout de 8 à 16 frictions; seules les plaques muqueuses ont persisté un peu plus longtemps. J'ai donné en même temps à la mère du sirop de Gibert. Il est à remarquer que les enfants soumis au traitement mercuriel le plus énergique, n'ont jamais eu de salivation, mais quelquefois de la diarrhée. J'ai essayé les injections sous-cutanées, mais j'ai dû y renoncer parce qu'elles sont trop douloureuses et donnent souvent naissance à des abcès.

Discussion :

M. Hardy (Paris). — Il est très important pour les familles de savoir quand on peut déclarer les enfants à l'abri de toute manifestation de la syphilis héréditaire. Je voudrais savoir à quel âge M. Romniceano a vu survenir les premières manifestations syphilitiques héréditaires. Pour ma part, je n'ai guère vu la syphilis se montrer pour la première fois après 6 mois ; quand elle n'est remarquée qu'après cet âge, c'est généralement parce que les premières manifestations, très légères et peu apparentes ont passé inaperçues.

M. ROMNICEANO. — Nous recevons les enfants depuis leur naissance jusqu'à 16 ans ; nous pouvons donc les suivre très longtemps. Il est très rare de voir la syphilis ne se manifester qu'après 6 mois ; nous considérons même que l'apparition précoce est, c'est tellement la règle, que nous n'acceptons les nourrices que lorsque leur enfant a atteint 6 mois sans présenter de symptôme suspect.

M. HARDY. — Je traite les enfants par les frictions d'onguent mercuriel à la dose de 1 gr. par jour. Je n'ai jamais obtenu aucun résultat favorable pour l'enfant en donnant du mercure à la nourrice.

M. ROMNICEANO. — Ce n'est pas pour l'enfant que je donne du mercure à la mère, c'est pour elle-même. Je n'ai vu de salivation chez l'enfant, qu'une seule fois avant 11 ans. Je n'emploie pas les bains parce qu'il est très difficile d'y faire rester les enfants tranquilles et de les empêcher de boire l'eau du bain, ni les emplâtres parce qu'ils irritent la peau.

M. FEULARD. — Dans le service de M. Fournier, on traite les enfants hérédo-syphilitiques par les frictions d'onguent napolitain à la dose de 2 gr. par jour. Quant à la salivation, je puis citer l'expérience de M. le Dr Catuffe qui a traité la diphtérie chez les enfants par des frictions de 10 et 12 gr. d'onguent napolitain et n'a jamais eu de salivation.

M. JON. HUTCHINSON (Londres). — La salivation est effectivement très rare chez les enfants, mais lorsque ceux-ci ont pris beaucoup de mercure dans leurs premières années, ils ont des dents permanentes très défectueuses. Les enfants syphilitiques peuvent être traités avec très peu de mercure, et je me suis toujours borné à donner de faibles doses pour éviter les lésions mercurielles des dents qui sont peut-être plus apparentes que les lésions syphilitiques.

La syphilis du cœur.

M. MRACEK (de Vienne). — Dans la syphilis du cœur, il faut distinguer deux sortes de lésions : les unes qui sont les produits directs de la syphilis, et les autres qui se développent consécutivement aux premières. En ce qui concerne les premières on distingue la gomme et la myocardite fibreuse. Ces deux formes sont le plus souvent réunies ; tantôt c'est l'une, tantôt c'est l'autre qui prédomine. Ces deux processus sont limités, en général, à de petites portions du cœur, mais il y a des cas où la myocardite envahit une plus ou moins grande étendue du cœur. Le lieu de prédilection pour les deux formes de lésions sont les parois du ventricule gauche.

Les gommes se montrent presque exclusivement dans le myocarde, plus souvent dans le voisinage du péricarde que de l'endocarde ; dans ce cas, l'une ou l'autre de ces membranes est altérée.

La plupart de ces gommes sont grosses comme des noyaux de cerise ou un œuf de pigeon ; les plus volumineuses sont formées de plusieurs foyers plus petits.

Il est douteux que ces dépôts gommeux puissent se résorber, encore moins former des abcès et se vider par une voie quelconque. Ils restent le plus souvent encapsulés et ne sont découverts qu'à l'autopsie.

Dans la myocardite fibreuse, nous trouvons le myocarde transformé en

plaques dures d'une couleur grisâtre ou traversé par des traînées ramifiées ; le péricarde ou l'endocarde participe à l'altération. Rarement toute la paroi cardiaque est prise. C'est toujours le tissu situé autour des branches vasculaires qui commence à être le siège de la prolifération cellulaire ; il est même probable que la paroi vasculaire est le point de départ de cette inflammation ; il est de plus en plus vraisemblable que la syphilis frappe d'abord les plus fines branches vasculaires ou le vasa vasorum des plus gros troncs. Mais des artères coronaires participent aussi à ces altérations, subissent la dégénérescence de Heubner, ou présentent tantôt des anévrysmes, tantôt des rétrécissements sur leur trajet.

Nous arrivons maintenant aux altérations consécutives. Une partie de la musculature du cœur est comprimée par la formation gommeuse et s'atrophie, une autre est étouffée par les faisceaux de tissu conjonctif nouvellement formés. Ce dernier processus se voit le mieux sur le tissu conjonctif le long des vaisseaux qui se rendent du péricarde dans le myocarde. Ces altérations vasculaires déterminent des troubles de nutrition de la musculature du cœur en rapport avec le plus ou moins de rétrécissement de la lumière des vaisseaux. La partie du myocarde respectée s'hypertrophie tandis que les parties fibreuses cèdent à la pression et se dilatent pour former des anévrysmes partiels ; ceux-ci se montrent surtout à la pointe du cœur au niveau du ventricule gauche. Quelquefois le myocarde devient si mince qu'il se déchire et la mort subite en est la conséquence.

Sur le péricarde on trouve des épaississements fibreux, des gommes. L'endocarde est le plus souvent lésé en même temps que le myocarde, la sclérose s'étend jusqu'aux trabécules et aux muscles papillaires, détermine l'atrophie de ces derniers et des cordages tendineux. D'autres lésions ont été encore observées, mais elles ne peuvent être rapportées à la syphilis. Cliniquement les altérations syphilitiques du cœur seront difficilement diagnostiquées ; on reconnaît l'existence d'une hypertrophie cardiaque, de bruits anormaux ; la plupart des malades meurent avec des phénomènes d'asystolie. Le clinicien devra toujours songer à la possibilité de manifestations cardiaques chez un syphilitique et diriger sa thérapeutique en conséquence.

Maladies des voies lymphatiques cutanées au point de vue anatomo-pathologique.

M. le professeur Paltauf (de Vienne) s'appesantit dans sa communication sur le mycosis fongoïde et la lymphodermie de Kaposi, sur ses rapports avec la leucémie et la pseudo-leucémie, sur l'apparition assez fréquente de tuméfactions ganglionnaires dans certaines maladies de la peau. Ses remarques s'appuient sur trois cas de mycosis fongoïde observés dans les cliniques de Kaposi et de Neumann, cas qui avaient été d'abord rapportés aux granulomes, puis considérés comme une maladie infectieuse chronique, ensuite comme l'expression d'une diathèse lymphatique, plus tard comme une forme de sarcomatose cutanée multiple, enfin comme une maladie sui generis. M. Paltauf a trouvé dans ces cas un tissu riche en cellules, qu'on ne peut considérer comme la conséquence d'une inflammation, vu que nulle part on n'a pu constater une formation vasculaire nouvelle.

Certaines tumeurs ont pu disparaître sans laisser de cicatrice par atrophie des cellules. Comme on n'a pu découvrir dans aucun cas la présence de bactéries, on ne peut admettre la nature infectieuse du mycosis fongoïde.

Comme cette maladie a beaucoup d'analogie avec le sarcome, Kaposi l'a considérée comme une variété de sarcome ; ce qu'on ne peut admettre, puisque les tumeurs proprement dites ne disparaissent jamais spontanément, comme l'a fait remarquer Cohnheim.

Dans le mycosis les tumeurs sont multiples, ne montrent pas de développement central et ne sont pas constituées par du tissu embryonnaire, comme tant de vrais sarcomes.

Les tumeurs ont une grande ressemblance avec le lympho-sarcome. Kundrat a rattaché de tels processus à des troubles de nutrition et a englobé dans ce groupe la pseudo-leucémie et le lympho-sarcome. On doit y adjoindre la lymphadénie osseuse.

La lymphodermie de Kaposi a d'étroits liens avec les processus lymphatiques.

Leucémie de la peau.

M. Riehl (de Vienne). — Le sujet de cette observation était la femme d'un ouvrier, âgée de 57 ans. L'affection commença en septembre 1889 par une éruption eczématiforme, très prurigineuse, qui débuta au niveau de la nuque et se répandit sur toute la surface du corps dans l'espace de quelques mois. Malgré tous les traitements, la rougeur prit de l'extension, la peau s'épaissit dans toute son étendue ; les mains et les pieds furent pris en dernier lieu. Bientôt la malade se plaignit de douleur à la pression et de tension de toute la surface cutanée. Il y avait parfois du suintement dans les plis de la peau. En même temps apparaissaient des tumeurs situées sous les téguments, au cou, dans les aines, etc... Un ganglion qui s'était ramolli et ouvert spontanément détermina l'entrée de la malade à l'hôpital où on posa le diagnostic de leucémie. Là on constata une hypertrophie notable du foie et de la rate ; la plupart des ganglions étaient hypertrophiés et atteignaient le volume d'un pois à celui d'une pomme. L'examen du sang montre de nombreux leucocytes, les leucocytes polynucléaires neutrophiles ordinaires, peu de cellules éosinophiles, enfin quelques rares leucocytes mononucléaires; on ne trouva pas d'érythrocytes nucléés. Il s'agissait certainement d'une lymphadénie avec leucocythémie. Il y avait particulièrement au cou et dans les aines des gros bourrelets cutanés séparés par des sillons profonds qui donnaient à la face une certaine ressemblance avec le léontiasis de la lèpre ; il n'y avait pas de tumeurs limitées. En quelques points la peau était sèche et couverte de squames ; en d'autres points l'épiderme était très aminci ou avait même disparu. Au cou et dans les aines, tuméfaction des ganglions ; quelques-uns étaient ramollis et ouverts par un pertuis. Pas de douleurs osseuses, température normale, cœur et poumons normaux. Il n'y eut pas de modification de la peau jusqu'à la mort de la malade, qui survint le 16 octobre.

A l'autopsie, lésions d'une leucémie lymphatique; infiltration leucémique des tissus interlobulaires et acineux du foie avec accumulation des globules blancs dans la cavité et au voisinage des capillaires intra-lobulaires.

Altération leucémique de la rate, des reins, des ganglions lymphatiques. Peau : infiltration lymphatique par places des parties moyennes du derme par de grosses cellules rondes avec un seul gros noyau, peu de protoplasma, cellules contenues dans un réticulum. Les plus petits foyers étaient situés autour des vaisseaux et des glandes sudoripares; les foyers un peu plus gros occupaient toute l'épaisseur du derme jusqu'à la couche papillaire exclusivement. Dans les gros foyers on trouvait à côté des cellules rondes et surtout à la périphérie des éléments fusiformes.

On voyait dans les foyers un peu denses des vaisseaux lymphatiques bondés de globules blancs; dans ce tissu sous-cutané il n'y avait que quelques petits foyers d'infiltration autour des vaisseaux.

Mycosis fongoïde d'emblée.

M. Riehl (de Vienne) montre un moulage de mycosis fongoïde provenant d'un sujet de 47 ans, qui fut atteint il y a 2 ans de tumeurs au niveau des pieds et des jambes; ces tumeurs s'ulcérèrent, puis guérirent en laissant des cicatrices. Il y a 2 mois de nouvelles tumeurs se montrèrent aux jambes et quelques-unes se terminèrent aussi par des ulcérations.

Lymphosarcomatose.

M. le professeur Köbner (de Berlin) relate l'histoire d'un sujet de 47 ans qui fut soigné pendant longtemps pour un violent prurigo; plus tard survint de la tuméfaction des ganglions et de la rate, qui amena de l'œdème de plusieurs régions. Il y avait des taches multiples aux extrémités inférieures et une coloration bronzée au cou. L'autopsie montra des tumeurs multiples, d'un blanc jaunâtre dans toutes les régions du corps, qui n'étaient rien autre que des lymphosarcomes.

Sur les érythrodermies du mycosis fongoïde.

Par MM. E. Besnier et H. Hallopeau (Voir page 987).

Érythèmes et micro-organismes dans le mycosis fongoïde.

Le professeur A. Breda (de Padoue) rapporte l'histoire de deux malades.

La première est une femme de 70 ans qui, atteinte au mois de mars 1891, présentait déjà à son entrée dans le service, le 21 avril 1891, les lésions les plus caractéristiques disséminées sur toute la surface cutanée. Sur les membres on trouvait surtout des plaques eczémateuses, mais le tronc et la tête présentaient un grand nombre de tumeurs du volume d'une noisette à une noix ; deux tumeurs particulièrement grosses se trouvaient dans les deux aisselles.

Pendant les mois suivants on vit certaines tumeurs apparaître ou augmenter de volume, d'autres diminuer ou disparaître.

Le 28 mars 1892, il y avait une amélioration notable, les démangeaisons avaient disparu ainsi qu'un grand nombre des tumeurs ; il est vrai qu'il en était survenu d'autres plus petites.

Le 9 juillet on notait deux larges et profondes ulcérations sur le col de l'utérus dont la lèvre antérieure était complètement envahie ; leurs bords

étaient taillés à pic, sans auréole érythémateuse ; elles étaient indolentes et leur fond était rouge livide.

Depuis le mois de mars 1891 jusqu'au mois d'août 1892, la malade présenta une ou deux fois par mois des poussées d'érythème polymorphe atteignant surtout la partie inférieure du tronc et supérieure des cuisses et ne s'accompagnant pas de fièvre. Les lésions étaient généralement celles de l'érythème noueux ou de l'érythème iris, avec de larges bandes rouge foncé qui entouraient une bonne partie du tronc et des cuisses. L'éruption se faisait en 36 à 48 heures et ne durait pas plus de 5 à 6 jours.

Le second malade était un menuisier de 52 ans atteint depuis 1886 d'une dermatose suintante et prurigineuse qui avait été qualifiée d'eczéma et qui, sous l'influence d'un traitement local, guérit à plusieurs reprises pour récidiver constamment, tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre. Au commencement de 1891, apparut sur les membres, le tronc et la tête, un peu partout, sans fièvre et sans symptômes subjectifs d'aucune espèce, une éruption de nodules infiltrés, sans aréole, évoluant lentement et se terminant par résolution, par suppuration ou par gangrène sèche. En novembre 1891 apparut à la face postérieure de la cuisse droite un nodule qui grandit peu à peu et donna naissance par voie de gangrène sèche à une large ulcération de 10 centimètres sur 12, indolente à bords saillants et sans réaction inflammatoire. Dans la même période il survint un grand nombre de nodules moins volumineux dont les uns aboutissaient à la résolution, les autres à la gangrène sèche.

Sur ces deux malades on excisa des fragments de peau représentant les diverses phases de la maladie ; ces fragments furent durcis à l'alcool, coupés et colorés par une foule de méthodes diverses.

Les coupes de nodules jeunes provenant de la femme montraient dans la couche de Malpighi, des figures karyokinétiques en très grande abondance, ces dernières, surtout nombreuses dans les prolongements interpapillaires et dans la gaine externe des poils. Les papilles sont augmentées de volume et infiltrées de cellules lymphoïdes.

Celles-ci entourent également les vaisseaux, les follicules pileux, les glandes sébacées et sudoripares. Dans quelques papilles on trouve des cellules plasmatiques groupées ou disséminées.

Dans les coupes colorées par le violet de gentiane et décolorées par la méthode de Gram on trouve dans l'épiderme ou le derme des corpuscules arrondis fortement colorés en bleu qui occupent souvent le centre d'une cellule dont les contours sont anormalement clairs. Ils répondent aux corpuscules décrits par Flemming dans les ganglions lymphatiques et considérés par Bizzozero et Firket comme des produits de dégénération.

Dans d'autres préparations il a rencontré des champignons filiformes mais qui paraissent tout à fait accidentels et étrangers au mycosis.

Sur les pièces provenant de l'homme il y avait moins de figures karyokinétiques, mais non moins d'infiltration cellulaire.

La nécrose débute dans la couche cornée, et gagne progressivement, précédée dans l'épiderme par la dégénération hydropique des cellules et dans le derme par l'infiltration cellulaire et des hémorrhagies.

Du sang et des fragments de tissus frais inoculés à des lapins, des souris et des cobayes dans la chambre antérieure de l'œil, dans le péritoine et sous la peau, se sont résorbés sans que l'animal ait présenté aucun symptôme morbide.

Des cultures faites avec le sang des deux malades, ont fourni une fois du staphylocoque, une autre fois du streptocoque pyogène.

L'auteur conclut que l'on peut voir survenir l'érythème polymorphe dans le cours du mycosis fongoïde comme dans les infections rhumatismale ou syphilitique.

Par l'examen histologique et bactériologique on trouve des lésions dégénératives, mais aucun organisme parasitaire spécial.

Du prurigo de Hebra.

M. E. Vidal (Paris). — (Voir cette communication in extenso, p. 981.)

Discussion :

M. Gaucher (Paris). — Je suis d'accord avec M. Vidal sur un point, c'est celui qui est relatif à la nature lymphatique du prurigo, mais contrairement à lui, je crois qu'il faut maintenir la distinction du lichen et du prurigo. Ce sont des genres tout à fait distincts, quel que soit le nombre des formes qu'on admette pour le lichen. Quant au prurigo de Hebra, c'est le *prurigo compliqué* de nos anciens auteurs français ; il est complètement décrit, notamment par Cazenave et par Devergie, avec ses papules, ses suppurations et ses adénopathies, ainsi que je l'ai indiqué dans mon traité.

SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE

Sur la formation du pigment de l'épiderme.

Le Professeur Jarisch (d'Innsbruck) expose d'abord les principes sur lesquels s'appuie la théorie qui veut que le pigment de l'épiderme vienne du chorion, puis il cherche à prouver que cette assertion n'est nullement fondée.

Avant tout il n'admet pas que les cellules pigmentaires ramifiées de l'épiderme soient des cellules migratrices qui se seraient insinuées dans les couches épidermiques. Il a pu prouver sur des larves de grenouille, sur la conjonctive des bœufs et sur les cellules du bulbe pileux que ces cellules pigmentaires proviennent de simples cellules épidermiques. Dans les larves de grenouille le pigment s'observe avant qu'elles possèdent des téguments et du sang rouge, de plus ce pigment se développe de dehors en dedans.

L'absence de pigment dans la papille du poil est un argument contre la théorie de l'importation du pigment.

Par contre, l'augmentation du pigment qui s'observe souvent en même temps que l'épaississement de l'épiderme, plaide en faveur de l'origine autochtone du pigment dans les cellules épidermiques. Comme la kératinisation de la cellule produit une membrane d'enveloppe peu perméable pour

des granulations moléculaires, il s'ensuit que, si le contenu pigmentaire augmente, il faut que celui-ci se produise à l'intérieur de la cellule.

La présence du pigment dans le vitellus vient à l'appui de la théorie que défend Jarisch. Sur la conjonctive des bœufs on trouve en certains endroits des boules de pigment brillantes, homogènes situées près du noyau des cellules épithéliales. Sur les larves de triton on peut s'assurer que le pigment provient du noyau qui se montre dans le corps de cellules.

Sur la formation du pigment de l'épiderme.

M. Ehrmann (de Vienne). — A l'opinion de Jarisch qui s'appuie sur ce fait que le pigment se forme dans l'embryon de la grenouille à une époque où il n'y a pas encore de circulation sanguine, Ehrmann oppose cet argument que la grenouille se prête mal à cette étude, parce que les œufs sont déjà pigmentés dans l'ovaire de la mère, que ce pigment se forme là où le protoplasma s'amasse, et qu'il lui vient assez de matériaux de l'enveloppe vasculaire de l'œuf.

On ne peut donc étudier la production du pigment sur des œufs originairement pigmentés, mais sur ceux qui quittent l'ovaire sans le moindre pigment; tels sont les œufs de la Salamandra maculata et du Triton cristatus. Au début, il n'y a pas de pigment; il ne se montre que lorsque les premiers globules sanguins se sont formés, et cela dans le voisinage du système nerveux dans des éléments du feuillet moyen du blastoderme.

La formation du pigment ne commence donc pas dans le feuillet externe, comme l'admet Jarisch, mais dans le moyen, et le pigment que ce dernier a vu dans l'ectoderme, ne s'est pas formé dans l'embryon, mais est un reliquat provenant de l'organisme maternel.

Le pigment se produit dans des cellules particulières qui envoient des prolongements dans l'épiderme; là se développent des cellules qui servent à transporter le pigment du derme dans l'épiderme. Les mêmes phénomènes se passent chez l'homme et les mammifères.

Ces cellules peuvent être très bien étudiées et isolées sur la peau du nègre, où elles sont en contact direct avec les cellules qui entourent les vaisseaux.

Quant aux boules de pigment décrites par Jarisch, Ehrmann ne peut leur attribuer aucune propriété particulière dans la formation du pigment, car elles se trouvent partout dans l'embryon, dans les vaisseaux, dans le cristallin. Ces boules ne sont pas formées dans les cellules épithéliales, mais appartiennent aux cellules qui transportent le pigment.

Ehrmann tire de son nouveau travail les mêmes conclusions qu'il avait émises à la suite de ses travaux précédents :

1) Le pigment ne se forme pas dans la couche épidermique, mais dans le derme, après la formation des premiers globules sanguins.

2) Le pigment se forme du sang, probablement des pigments sanguins.

3) La formation du pigment à l'aide des éléments du noyau ou du protoplasma n'est pas prouvée ; le pigment se forme dans le protoplasma, il est vrai, mais à l'aide des matériaux tirés du sang.

4) Le pigment est transporté dans l'épiderme par des cellules migratrices et des courants qui se font dans l'intérieur du protoplasma.

Sur la recherche de mercure et sa localisation dans l'organisme.

M. le professeur Ludwig (de Vienne). — Le procédé de Ludwig consiste à mélanger de la poudre d'oxyde de zinc dans le liquide à analyser, en agitant jusqu'à ce que tout le mercure soit précipité. Celui-ci peut être recueilli à l'état de pureté et pesé. On arrive facilement à trouver jusqu'à 1/40 milligr. de mercure. Chez les personnes qui travaillent dans les laboratoires où l'on manie beaucoup de mercure, l'urine présente toujours des petites quantités de ce métal. Pour isoler le mercure des organes, on les chauffe avec de l'acide chlorhydrique jusqu'à ébullition, puis on y ajoute du chlorure de sodium. On obtient un liquide qu'on traite par la poudre d'oxyde de zinc ; on lave à l'éther qu'on distille. Ce procédé permet d'apprécier 96-97 0/0 de mercure.

On peut ainsi constater que le mercure se localise surtout dans les glandes ; dans le gros intestin on en trouve plus que dans l'intestin grêle. Dans le sang, dans la bile, dans les glandes salivaires, dans la substance musculaire, dans les os, dans le cerveau, on n'en trouve pas ou très peu.

Mode de distribution du mercure dans les organes.

M. Ullmann (de Vienne) a fait ses recherches avec des doses de mercure telles qu'elles sont employées en thérapeutique; les expériences ont été faites sur le chien, qui présente plus de résistance. Quelle que soit la dose employée, quel que soit le mode d'administration du mercure, la distribution de ce métal est toujours la même. Ce sont les reins, le foie et la rate, puis l'intestin qui retiennent le plus de mercure (l'estomac en contient le moins, le gros intestin en renferme le plus). Dans les points où il existait des altérations étendues de la muqueuse intestinale, le mercure était plus abondant dans l'intestin grêle que dans le gros intestin, Dans les glandes salivaires, on ne trouve que des traces de mercure et la salive n'en contient pas ; aussi la salivation due au mercure doit-elle être considérée comme un phénomène réflexe. La substance musculaire, le cœur, les vaisseaux en renferment des traces appréciables. Il n'y en a pas dans le cerveau ; dans les poumons il y en a une quantité notable. Le mercure s'élimine par la bile, mais la quantité qu'elle renferme n'est pas aussi grande qu'on le croyait. Dans les os on n'en trouve pas.

Exanthèmes produits par les médicaments.

M. Lewin (de Berlin) insiste sur l'importance qu'il y a à bien connaître de telles éruptions et cite un cas de Köbner où en présence d'un exanthème bromique on pensa à amputer la jambe. Lewin a étudié 402 médicaments dans son ouvrage, dont 204 produisent des éruptions, 109 après usage interne, 41 après usage interne et externe, 54 après usage externe. Les substances caustiques ont été éliminées. L'idiosyncrasie joue certainement un rôle important dans la production de ces éruptions.

SÉANCE DU SOIR

Sur les psorospermoses.

M. le professeur Bœck (de Christiania) communique un nouveau cas de maladie de Darier, chez un paysan âgé de 33 ans (le 5e cas en Norvège). La maladie s'était développée à l'âge de 10 ans et avait envahi en quelques années la plus grande partie du corps, un peu moins les extrémités. L'altération des ongles, qui ne manquait dans aucun des cas observés, existait également ici. Il y avait également des lieux de prédilection pour l'éruption comme dans les autres cas, c'étaient les régions qui présentaient une sécrétion sudorale abondante.

Au point de vue anatomo-pathologique, M. Bœck insiste sur l'hyperkératose considérable de l'épiderme, qui est si profonde que la couche de cellules sus-jacente au corps papillaire est elle-même altérée ; parmi ces cellules les unes renferment de l'éléidine ; les autres sont à moitié cornées, bien qu'elles ne paraissent pas subir la stase de l'éléidine. Dans ces couches profondes on remarque des cellules particulières, que Darier et d'autres auteurs regardent comme des psorospermies *les corps ronds de Darier*. Ces cellules renferment un noyau très évident et autour de lui un protoplasma rempli de grains d'éléidine, entouré d'une enveloppe à double contour. M. Bœck pense qu'il ne s'agit ici que de cellules hypertrophiées et kératinisées.

Il a pu s'assurer que les grains multiples qui se trouvent dans les cellules ne sont bien que des grains d'éléidine.

D'un autre côté, il ne fut pas possible de déceler à l'aide d'un réactif quelconque des traces d'organisation dans ces cellules. Une autre hypothèse se présentait : ces cellules ne pourraient-elles pas renfermer par exemple des parasites ? Toutes les recherches faites dans ce sens n'ont abouti à aucun résultat.

Les tentatives d'inoculation sur des lapins à l'aide de frictions faites avec des croûtes, restèrent négatives ; de même les tentatives de cultures sur le sable humide et dans l'ichthyocolle liquéfiée.

Conclusions : 1° La présence de sporozoaires dans la maladie de Darier n'est pas prouvée jusqu'à présent ;

2° Les corps ronds sont des cellules épidermiques devenues irrégulièrement cornées.

Cette maladie offre une grande ressemblance avec les processus séborrhéiques ; dans ces derniers il y a une tendance à l'hyperkératose. Une hyperidrose locale est souvent combinée avec une hyperkératose locale, par exemple à la plante du pied.

Dans le molluscum contagiosum, M. Bœck n'admet pas non plus que les corps qu'on y a découverts soient des parasites.

Discussion :

M. le professeur Neisser (de Breslau) se range à l'avis de Bœck en ce qui concerne la maladie de Darier. Pour lui il n'y a que deux maladies qu'on peut regarder comme des psorospermoses : *la maladie de Paget* et le *molluscum contagiosum*. La première présente quelques carac-

tères qui permettent d'admettre qu'il s'agit peut-être d'une psorospermose. Quant au molluscum contagiosum, tout plaide en faveur de cette opinion.

Si les opinions qu'il a émises sont différentes de celles d'autres observateurs, c'est qu'on n'a pas toujours examiné des préparations fraîches.

Enfin Neisser a examiné 50 cas de carcinome et est arrivé à cette conclusion, que les psorospermies ne jouent aucun rôle dans cette maladie.

M. Török (de Buda-Pest) estime que la théorie parasitaire des psorospermoses est une pure hypothèse.

M. Ehrmann (de Vienne) a trouvé dans les proliférations épidermiques du pemphigus végétant des corps analogues aux psorospermies : il s'agissait de corps ronds, bien limités, qui se rencontraient non seulement à l'intérieur des cellules, mais aussi à l'extérieur, en amas qui les comprimaient Ces cellules tantôt forment des masses cornées, tantôt se changent de la périphérie au centre en une substance semblable à la substance colloïde. Ces corps sont donc des produits de dégénérescence des cellules épidermiques.

Par contre, Ehrmann croit avec Neisser que le molluscum contagiosum est bien déterminé par des micro-organismes semblables aux coccidies. Les couches qui renferment les produits de dégénérescence ne paraissent pas aptes à déterminer l'infection, tandis que les couches plus profondes qui contiennent les spores peuvent amener l'inoculation. Dans un cas Ehrmann vit longtemps après l'apparition d'un molluscum une poussée se faire, lorsque les pustules se mirent à suppurer et à s'excorier sous un pansement. Dans un 2e cas où une éruption semblable, siégeant dans les poils du pubis, avait passé inaperçue, une quantité considérable de pustules se montra sur le fourreau de la verge du malade, après que celui-ci eut contracté des pediculi pubis.

M. Janovsky (de Prague) communique un cas de psorospermose, dans lequel le microscope démontra l'existence d'un processus dégénératif.

M. Schwimmer (de Buda-Pest) est d'avis qu'on ne doit pas incriminer la transpiration dans l'étiologie de cette maladie, car l'affection peut se développer sur le tronc où il n'y a pas contact de deux surfaces cutanées. En se servant du thermocautère, il a pu enrayer le développement des proliférations épidermiques.

Psorospermose cutanée végétante.

Le professeur T. de Amicis communique un cas de psorospermose cutanée végétante observé à la clinique de l'Université de Naples.

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui présentait sur la peau des lésions multiples qu'on peut classer de la façon suivante : 1° d'innombrables nodules couverts d'une croûtelle brun sale et ressemblant à des comédons situés sur la face et le dos ; 2° des élevures papuleuses du volume d'une lentille à une fève, recouvertes d'une croûte sébacée sous laquelle on trouvait une surface inégale et villeuse (nuque, partie postérieure du thorax) ; 3° sur le cou et la face antérieure du thorax des taches jaune brunâtre de pityriasis versicolor; 4° de petites pustules d'acné disséminées ; 5° des nodules du volume d'une grosse tête d'épingle rouge brunâtre, d'aspect hémorrhagique, entourés d'une auréole (régions bulbaire et sacrées);

6° des plaques parfois saillantes, de couleur sépia, à surface inégale, avec une très rare desquamation, tantôt isolées, tantôt entourant une des lésions suivantes; 7° des plaques de 3 à 5 centimètres de diamètre, infiltrées, de couleur rouge brun, recouvertes d'une croûte formée de matière sébacée et d'exsudat, lequel provient des trous dont les plaques sont criblées (partie postérieure du thorax); 8° des surfaces étendues de la peau dans les aisselles et la région inguinale droite sont couvertes d'une masse végétante coupée de sillons et d'orifices d'où s'écoule une sécrétion abondante puriforme et fétide.

La bouche présente des plaques leucoplasiques à la face interne des joues et sur les bords de la langue; les ganglions lymphatiques sont légèrement tuméfiés. Les cheveux et les ongles sont normaux, il n'y a pas de démangeaisons, mais seulement un peu de douleur aux points malades.

L'affection cutanée actuelle a débuté depuis deux ans et s'est constamment aggravée, sans être influencée par le traitement mercuriel ou ioduré ou par aucun des traitements locaux qui ont été appliqués. La seule chose qui ait donné quelques résultats a été le raclage à la curette.

L'examen microscopique à un faible grossissement montre une prolifération énorme du corps muqueux de Malpighi avec de l'hyperkératose. La lésion débute par les prolongements interpapillaires qui s'allongent et s'enfoncent dans le derme à diverses profondeurs en se creusant de lacunes entourées d'épithélium. Avec un plus fort grossissement on y reconnaît les éléments décrits par Darier. Dans certaines préparations on trouve des corps en croissant ressemblant à des pseudo-navicules, et diverses formes de gonflement kystique des cellules qui contiennent des noyaux ou des cellules filles à double contour.

L'auteur admet que la maladie est constituée par une altération de la couche de Malpighi à marche lente et progressive, qui débute par une hyperkératose; consécutivement l'épiderme prolifère, envoie dans toute l'épaisseur du derme des prolongements qui se ramifient, se creusent de lacunes et déterminent la formation d'élevures végétantes.

Ces lésions doivent être de nature parasitaire. L'opinion de Darier, qui admet que le parasite est une coccidie, mérite d'être sérieusement prise en considération, bien qu'elle ne soit pas encore prouvée. Après avoir discuté les deux opinions en présence, l'auteur croit qu'il faut attendre que, grâce aux nouvelles méthodes scientifiques, la question des psorospermoses de l'homme soit aussi bien élucidée que celles des psorospermoses des animaux.

Expériences sur l'absorption cutanée.

M. Aubert (de Lyon) (note lue par M. Feulard) a étudié l'absorption par la peau en faisant des applications limitées d'une pommade ou d'un liniment contenant de l'atropine, puis en recherchant la distribution et l'abondance de la sueur par sa méthode des empreintes après avoir provoqué la transpiration par un exercice violent. Les pommades peuvent être appliquées de deux façons, soit par simple onction, soit par une friction énergique.

Les véhicules qui favorisent le plus la pénétration par simple onction

sont les huiles, la vaseline et le cérat la favorisent très peu, enfin la lanoline est la substance qui pénètre le moins. En revanche, la lanoline est le corps qui fait pénétrer le mieux le médicament lorsqu'on l'applique par friction, mais cela tient uniquement à son extrême viscosité, parce que la friction détermine toujours de petites excoriations, et le médicament pénètre par effraction. On peut, par un mélange de glycérine et de cire, obtenir un produit qui présente la même viscosité que la lanoline et qui fournit les mêmes résultats au point de vue de l'absorption.

Contribution à l'histologie pathologique, l'étiologie et la pathogénie du condylome acuminé.

Aug. Ducrey et Marius Oro (de Naples). — L'étiologie et la pathogénie des condylomes acuminés est toujours aussi obscure et cependant il y a longtemps qu'on discute sur la possibilité de la contagion. En somme, il y a deux opinions dominantes : l'une qui fait des condylomes acuminés le résultat d'une irritation banale fréquemment répétée ; l'autre qui les considère comme le produit d'une contagion, d'une infection spéciales.

Certains faits cliniques sont en faveur de la nature infectieuse ; ainsi l'on peut observer la transmission d'un individu à l'autre par le contact ; l'auto-contagion par pullulation au voisinage d'une première lésion comme pour le molluscum contagiosum ou pour les verrues ; la récidive sur place après la destruction, ou même quelquefois la production expérimentale.

Après avoir désinfecté extérieurement et aussi complètement que possible des condylomes acuminés, nous en avons excisé et ensemencé dans des milieux variés. Il s'est développé divers microbes que nous avons isolés. Les uns, évidemment accidentels, ont été laissés de côté, les autres, qui par leurs caractères spéciaux ou leur constance pouvaient être soupçonnés d'être les agents de la contagion, ont été inoculés aux animaux ou même à l'homme, mais le tout sans résultat.

Frappés par les analogies cliniques qui rapprochent les condylomes acuminés de la psorospermose folliculaire végétante de Darier, nous y avons cherché des éléments analogues, d'autant plus que la présence dans la clinique du professeur de Amicis d'un malade atteint de psorospermose folliculaire végétante nous permettait la comparaison.

Des pièces ont été excisées à divers stades de développement et durcies dans divers réactifs, alcool, sublimé, liqueur de Müller, d'Erlicky, de Flemming, chromo-nitrique, de Baumgarten, solutions de bichromate de potasse, d'acide osmique, de chlorure d'or ou de palladium, etc. ; d'autres préparations ont été faites par dissociation dans l'alcool au tiers, la potasse caustique, l'ammoniaque, la solution iodo-iodurée.

Les colorations soit en masse, soit en coupes ont été faites avec les diverses préparations de carmin, d'hématoxyline ou de couleurs d'aniline.

Nous avons trouvé dans nos préparations des formes répondant exactement aux coccidies de Darier. Dans les préparations par dissociation nous avons vu dans la couche cornée ou dans le corps muqueux des corpuscules arrondis ou ovoïdes, entourés d'une membrane épaisse, à double contour ; quelques-uns étaient contenus dans une cellule épithéliale dont

le noyau en forme de croissant était refoulé à la périphérie. Il y avait aussi, dans les couches tant muqueuse que cornée, des formes à zones concentriques et des formes kystiques contenant plusieurs éléments constitués eux-mêmes par une membrane réfringente et une masse nucléaire. Ces dernières surtout visibles dans les coupes à l'acide osmique. Dans les coupes colorées par divers réactifs, ces corps, surtout les formes kystiques, restaient incolores et tranchaient nettement sur le fond coloré du tissu.

La question des psorospermies est encore trop discutée pour que nous puissions émettre une opinion ferme sur la nature de ces corps et sur leur rôle dans la pathogénie des condylomes plats. La question est encore à l'étude et il faudrait, pour la trancher, trouver une méthode de coloration qui permît de distinguer avec certitude les coccidies des diverses formes de dégénération cellulaire.

La seule conclusion qui nous soit permise, est que le jour où la nature parasitaire et le rôle pathogénique attribué par Darier aux corpuscules qu'il a décrits seront démontrés, le condylome acuminé qui contient des corps identiques devra, lui aussi, être rangé dans le groupe des psorospermoses.

Traitement des maladies de la peau par les eaux d'Acquarosse (Suisse).

M. Soffiantini. — Les eaux d'Acquarosse sont thermales, salines, acidules, ferrugineuses, arsenicales et lithinées; elles peuvent s'employer soit en bains, soit en boisson. M. Soffiantini a souvent obtenu de très brillants résultats de l'emploi de ces eaux dans toute une série de maladies de la peau.

D. Barbe et W. Dubreuilh.

(*A suivre.*)

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892

P. Paulides. — Contribution à l'étude de l'infection purulente (pustules de Colles) (24 décembre 1891).

Colles a décrit, en 1822, chez des sujets atteints de piqûres anatomiques, des pustules se développant en nombre variable, sur une seule ou plusieurs régions, coïncidant ou non avec des phénomènes généraux d'infection purulente. Plus tard, Graves publia des observations dans lesquelles, sans traumatisme antérieur, il s'était produit des pustules plus ou moins nombreuses.

M. Jaccoud donne à ces faits le nom de maladie de Colles. L'auteur a recueilli dans le service de M. Jaccoud deux observations qu'il considère comme des exemples de maladie de Colles.

Dans le premier cas, il s'agit d'un terrassier qui est pris de malaise, puis atteint d'une éruption pustuleuse occupant la paume des mains et la plante des pieds, et le lendemain d'un point de côté symptomatique d'une broncho-pneumonie, puis d'un phlegmon de l'œil et d'abcès de la fesse; on trouve des streptocoques dans les pustules du pied, dans le phlegmon de l'œil et dans l'abcès de la fesse, du pneumocoque dans le sang et dans les crachats; guérison.

Dans le 2e cas, il s'agit d'un ouvrier employé dans une raffinerie de sucre qui est atteint d'une éruption pustuleuse ayant débuté sur une épaule au point sur lequel reposait une courroie lui servant à porter des fardeaux; des pustules se développent aux membres inférieurs, sur la poitrine et sur le dos, puis surviennent des douleurs dans diverses articulations, une broncho-pneumonie peu intense, puis au bout de quelques jours un petit abcès périombilical dans le pus duquel on trouve le staphylocoque doré.

Ces deux observations ne répondent nullement à l'idée que l'auteur se fait de la maladie de Colles, sorte d'infection purulente bénigne, dans laquelle les viscères sont respectés à peu près complètement et où les pustules sont la localisation cutanée, les abcès métastatiques produits par l'infection générale. La première peut tout aussi bien être considérée comme un exemple d'infection streptococcique de la peau chez un sujet malpropre, avec infection sanguine streptococcique consécutive et infection pneumococcique concomitante. La seconde doit être rapprochée de l'ecthyma des raffineurs décrit par MM. Broca et Rémy et est un fait d'ecthyma de cause externe avec infection générale consécutive à la lésion cutanée. D'ailleurs, les observations de Graves ne sont, pour la plupart, pas susceptibles de l'interprétation que leur donne l'auteur : on y voit des exemples de zona gangreneux, de moxa avec poussées d'anthrax et de furoncles de voisinage, qui ne sont certainement que le fait de réinoculations.

Si nous insistons autant sur l'interprétation de ces faits, c'est que les décharges microbiennes aboutissant à la production de lésions pustuleuses de la peau nous paraissent prodigieusement rares comparées aux affections pustuleuses résultant d'inoculations et aboutissant à leur tour à une infection plus ou moins grave : à ces deux modes pathogéniques correspondent deux méthodes de traitement différentes et la confusion pathogénique aboutirait à une confusion thérapeutique des plus préjudiciables.

De la description clinique basée sur ces faits disparates, il nous reste peu de chose à dire, si ce n'est qu'elle se ressent de cette disparité, et du peu de précision apportée dans l'exposé des caractères des lésions par l'auteur, qui croit encore que le parasite de l'impetigo contagiosa est le trichophyton tonsurans.

J. Renoul. — Des épithéliomes développés sur les nævi (7 janvier 1892).

Cette thèse, très travaillée et très intéressante, repose principalement sur l'étude de pièces appartenant à la riche collection de tumeurs recueillies par M. le professeur Malherbe (de Nantes).

La fréquence comparée des épithéliomes et des sarcomes développés sur des nævi est très différente dans deux séries étudiées par l'auteur : dans l'une, constituée par des observations empruntées à divers auteurs, sur 57 cas où le diagnostic est indiqué, il s'agit 41 fois de sarcomes et 16 fois d'épithéliomes ; au contraire, sur 15 tumeurs de la collection de M. Malherbe, 3 seulement sont des sarcomes. Cette différence est due, d'après M. Renoul, à l'impossibilité d'établir un diagnostic différentiel exact sans recourir à l'examen histologique ; or, dans un certain nombre des observations publiées par divers auteurs, l'examen des tumeurs semble avoir été fait seulement à l'œil nu, tandis que pour toutes celles du laboratoire de Nantes l'étude histologique a été faite minutieusement à deux reprises.

La structure du nævus pigmentaire explique bien comment l'épithéliome peut se développer sur lui. Outre les amas pigmentaires occupant soit les cellules du tissu conjonctif, soit leurs interstices et dont quelques-uns sont en connexion intime avec les vaisseaux, ce qui paraît être l'expression d'une lésion de la paroi vasculaire et ce qui explique la malignité des tumeurs développées dans ces tissus, on y constate des altérations glandulaires : au niveau de la portion glomérulaire des glandes sudoripares, le tissu adipeux est absent ou tout au moins très réduit, la paroi du tube glandulaire est épaissie, d'autres fois l'un ou les deux rangs de cellules fait défaut en totalité ou en partie, le contenu est quelquefois formé de cellules colloïdes, ou d'une sorte de matière hyaline comparable à ce qu'on trouve dans les reins scléreux (cylindres hyalins).

L'auteur a recueilli un total de 34 observations d'épithéliomes développés sur des nævi ; il les range en 4 groupes : épithéliome lobulé, épithéliome tubulé, carcinome réticulé, carcinome mélanique, ces trois dernières variétés et surtout la dernière étant les plus fréquentes ; il a rencontré de plus un papillome et des tumeurs mixtes (carcinome et sarcome). Le type du carcinome réticulé, le plus fréquent, avec ou sans pigmentation, est constitué par des cellules ayant un caractère épithélioïde ou épithélial

bien net, de volume et de forme variables, et rappelant celle des ganglions lymphatiques avec travées assez importantes limitant de grands alvéoles subdivisés eux-mêmes par de minces trabécules en petits alvéoles; les travées conjonctives possèdent une circulation sanguine d'importance variable, en général on n'y trouve guère que des capillaires plus ou moins dilatés, paraissant peu solides, ce qui explique l'insuffisance de l'irrigation et la fréquence de la dégénérescence ; aux environs du tissu malade, les veines sont généralement très dilatées, les artères au contraire sont atteintes d'une endartérite qui diminue considérablement leur calibre. On ne saurait dire avec certitude si ces tumeurs épithéliales naissent aux dépens du corps muqueux ou aux dépens des glandes ; cependant on serait tenté de placer dans le corps muqueux l'origine des tumeurs pigmentées et dans les glandes celle des tumeurs dépourvues de pigment.

Parmi les causes du développement de l'épithéliome sur les nævi, l'âge et le sexe occupent le premier rang : la plus grande fréquence est de 31 à 40 ans, puis de 41 à 50 et avec la même fréquence de 51 à 60 ans. Le sexe féminin est de beaucoup le plus atteint, dans la proportion de 19 à 10. Les tumeurs mélaniques développées sur des nævi ont leur plus grande fréquence à un âge moins avancé (31-40 ans) que les tumeurs mélaniques primitives (51-60 ans).

Diverses circonstances exercent une influence sur la dégénérescence maligne des nævi : les traumatismes, frottements prolongés, chocs, égratignures, mais plus encore une intervention chirurgicale insuffisante ou mal conduite.

L'hérédité ne paraît jouer qu'un rôle secondaire.

Le siège du nævus cause de l'épithéliome est le plus souvent la tête et le tronc, plus rarement les membres et le cou ; l'épithéliome peut se développer en un point différent de celui occupé par le nævus, celui-ci restant intact. Chez la femme plus de la moitié des nævi dégénérés occupe la tête et chez l'homme la même proportion occupe le tronc.

L'évolution des symptômes peut être divisée en 5 périodes :

1° Période latente, pendant laquelle le nævus existe seul et qui a une durée variable et toujours longue.

2° Période de transformation sur place, pendant laquelle l'état général est excellent, il se produit une sensation de cuisson, de morsure qui porte le malade à se gratter ; une tumeur apparaît qui s'accroît lentement et des années se passent avant que le nævus entier ait subi la même transformation, surtout lorsque par son indolence habituelle ou son siège peu accessible il n'appelle pas l'attention du porteur ; au contraire, s'il siège sur les parties découvertes, si la tumeur est excoriée, grattée, elle dégénère plus rapidement et se transforme en une ulcération fongueuse, bourgeonnante qui laisse suinter du sang ou un liquide puriforme ou noirâtre ; la tumeur elle-même, siégeant soit à la place du nævus, soit au voisinage, est de coloration noir bleuâtre ou, si elle n'est pas mélanique, ne diffère pas de la coloration des autres tumeurs cutanées ; de forme ovalaire, sphérique, généralement sessile, rarement pédiculée, elle varie du volume d'une noisette à celui du poing, est de consistance ferme, élastique, rarement molle ou fluctuante ; elle détermine rarement de la douleur.

3° Période d'envahissement périphérique : de petits points noirs apparaissent autour de la tumeur primitive, ou bien on suit à la palpation des nodosités suivant le trajet des lymphatiques et séparées par des intervalles de peau saine.

4° Période d'envahissement ganglionnaire : ce symptôme est d'un pronostic très grave, car il est le présage de la généralisation ; les ganglions mélaniques sont adhérents à la peau, présentent parfois une fluctuation qui peut en imposer pour un abcès strumeux, et donnent lieu à une seule perforation par laquelle fait saillie une masse fongueuse, rougeâtre, végétante, ne présentant souvent aucun aspect spécial qui puisse permettre d'affirmer sa nature mélanique.

5° Période de généralisation : la malignité des néoplasmes mélaniques ne tient pas à la présence elle-même du pigment, mais aux altérations vasculaires qui les accompagnent et qui, laissant passer du pigment, sont tout aussi bien perméables en sens inverse aux toxines fabriquées par la tumeur et produisent l'infection généralisée. La généralisation est rare, mais, lorsqu'elle a lieu, elle se fait au bout d'un temps assez court, cinq, six, dix mois, un an, deux ans et demi. Le siège de la tumeur et l'âge du sujet ne paraissent pas avoir d'influence bien nette sur la généralisation ; il n'en est pas de même du sexe, elle est beaucoup plus fréquente (3/4 au lieu de 1/9) chez l'homme que chez la femme, ce que l'on peut attribuer à l'influence du traumatisme et aux lésions artérielles d'origine alcoolique.

Le nævus est bénin chez les sujets soigneux de leur personne, mais il n'en est pas de même dans la classe ouvrière et plus encore chez les cultivateurs chez lesquels il est soumis à un grand nombre de causes d'irritation. Une intervention maladroite ou intempestive peut aussi les faire dégénérer. La marche des nævi dégénérés et non traités est impossible à déterminer actuellement d'après les faits connus.

Le seul traitement à appliquer contre un nævus dégénéré est l'ablation au bistouri, ablation large et complète ; lorsque les ganglions sont atteints la récidive est presque fatale ; mais lorsqu'ils sont encore indemnes, la récidive peut être évitée, si l'intervention a été suffisamment précoce et radicale.

R. Galard. — De l'épithéliome aux divers âges (29 juillet 1892).

Cette thèse, faite également sous l'inspiration et en grande partie avec des documents provenant du laboratoire de M. Malherbe (de Nantes), renferme des statistiques très étendues, montrant la fréquence des différentes formes d'épithéliomas cutanés et viscéraux aux différents âges de la vie. Au point de vue des épithéliomas cutanés, l'auteur insiste, avec M. Malherbe, sur le rôle de l'irritation chronique produite par les cicatrices de brûlure dans la production des épithéliomas, lesquels se développent alors à un âge moins avancé que celui où se montre le plus grand nombre des cas d'épithéliomes de même structure histologique développés sans irritation cutanée antérieure. Il insiste également sur l'évolution lente des épithéliomas tubulés et sur la marche lente des épithéliomes en général chez les vieillards très âgés.

H. Dangerfield. — Ulcus rodens (20 juillet 1892).

L'auteur étudie, à l'aide d'observations provenant presque toutes du service de M. Dubreuilh, la forme d'épithélioma décrite par les auteurs anglais sous le nom de *rodent ulcer* et dont M. Dubreuilh veut, contrairement à l'opinion générale des médecins français et allemands, établir l'individualité en la distinguant des autres formes d'épithélioma, tant sous le rapport de la symptomatologie que sous celui de l'anatomie pathologique. M. Dubreuilh ayant exposé au Congrès de Vienne (voir le prochain numéro des *Annales de dermatologie*) ses idées sur ce sujet, il n'y a pas lieu de résumer ici cette thèse qui est consacrée à leur défense.

C. Quignard. — Du rhinosclérome (28 avril 1892).

Cette thèse, qui est la première monographie française consacrée à ce sujet, a été entreprise à l'occasion du cas de rhinosclérome observé l'an dernier à l'hôpital Saint-Louis, par M. Ernest Besnier. L'auteur reproduit in extenso l'observation de ce fait avec une photographie représentant les lésions observées. Il étudie très soigneusement les caractères cliniques et anatomiques de l'affection. Au point de vue étiologique, il n'ose se prononcer définitivement sur la valeur pathogène du bacille de Frisch dont le rôle ne lui paraît pas absolument démontré et demanderait à être prouvé plus catégoriquement, en particulier par les inoculations ; il pense cependant que le bacille de Frisch est, malgré quelques caractères communs, différent du bacille de Friedländer.

H. Bouchy. — Contribution à l'étude de l'asphyxie locale des extrémités, ses rapports avec les engelures (27 janvier 1892).

A propos d'une observation assez complexe recueillie dans le service de M. Legroux, l'auteur étudie assez sommairement l'étiologie de la maladie de Raynaud. Il la considère comme le résultat d'une dystrophie des extrémités, laquelle peut être constitutionnelle ou due à une maladie générale (impaludisme, rhumatisme, intoxications lentes, affections cardiaques, etc). Les engelures sont très fréquentes chez les sujets atteints d'asphyxie locale des extrémités ; elles ont chez eux des caractères spéciaux de gravité, sont très nombreuses, s'ulcèrent facilement, durent une grande partie de l'année et reviennent chaque hiver jusqu'à un âge quelquefois très avancé. Les engelures peuvent être considérées comme le premier degré de la maladie de Raynaud.

E. Poulain. — Contribution à l'étude des stomatites dans l'enfance et en particulier de la stomatite diphtéroïde impétigineuse (2 mars 1892).

Étude basée sur 28 observations, dont 5 personnelles avec examen bactériologique, de la forme de stomatite dont M. Sevestre a donné récemment (voir *Annales de dermatologie*, 1891, p 868) l'intéressante descrip-

tion, stomatite coïncidant presque constamment avec des lésions impétigineuses des téguments et déterminée, comme l'impétigo, par le staphylocoque blanc associé ou non au staphylocoque doré. Cette thèse, très travaillée et très recommandable, confirme la description de M. Sevestre, à laquelle nous renvoyons. A noter cependant des recherches sur la réaction du liquide buccal et une étude, peut-être un peu trop compendieuse, sur le diagnostic différentiel de cette forme de stomatite.

F. Heins. — Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse (30 mars 1892).

Cette thèse est consacrée principalement à l'exposé et à la justification de la méthode de M. Redard pour le traitement électrolytique des tumeurs érectiles. Cette méthode consiste dans l'emploi du pôle positif, qui a pour avantage de ne pas produire d'eschares consécutives, ni d'hémorrhagies et déterminer une sclérose rétractile rapide des tissus ambiants. Pour les tumeurs érectiles les aiguilles en platine reliées au pôle positif sont plongées obliquement dans le parenchyme de la tumeur à une distance de 3 millimètres au moins les unes des autres et parallèlement de façon à ce qu'elles ne se touchent pas par leur pointe ; le pôle négatif est représenté par une plaque de zinc malléable recouverte de peau de chamois et percée d'un trou assez large pour laisser passer la tumeur et la circonscrire, limité par un bord de 4 à 6 centimètres ; pour les membres, on se sert de plaques larges qu'on place sur les régions les moins riches en nerfs ; l'intensité du courant ne doit pas dépasser 25 à 30 milliampères et sa durée d'application une ou deux minutes ; au moment de retirer l'aiguille, il est bon de renverser le courant et de faire passer un courant négatif de 4 à 5 milliampères afin d'empêcher l'adhérence trop grande du caillot à l'aiguille et de permettre son extraction sans la moindre hémorrhagie. Pour les taches érectiles, le pôle positif est représenté par une seule aiguille, qui est enfoncée un grand nombre de fois pendant quelques secondes sur les différents points de la surface atteinte ; l'intensité du courant à employer varie de 30 à 50 milliampères ; dans les points qui résistent au traitement au bout d'un certain nombre de séances, il est bon de faire avec le pôle négatif des piqûres semblables mais en employant seulement des courants de 10 milliampères. L'auteur expose les raisons qui lui font préférer cette technique aux techniques différentes proposées par quelques auteurs ; il montre aussi les avantages de l'électrolyse sur les autres modes de traitement des tumeurs érectiles et rapporte 41 observations, presque toutes inédites, d'angiomes traités par ce procédé.

H. Chérot. — Du molluscum pendulum de la vulve ; pseudo-hermaphrodisme par pseudo-verge latérale (18 mai 1892).

Cette thèse contient une observation personnelle, recueillie à l'amphithéâtre, de molluscum multiple de la grande lèvre, dont une tumeur mesurait 10 centimètres de long sur 3 de large ; cette tumeur ne ressemblait que de très loin à une verge et le terme de pseudo-hermaphrodisme est très exagéré. L'auteur rapproche de ce fait cinq autres observations de

molluscum de la vulve. A propos de la description de cette lésion, l'auteur signale avec raison que le molluscum de la vulve, contrairement à l'opinion émise par M. Marfan, n'est pas toujours une tumeur isolée, et rappelle des faits où il coïncidait avec des lésions semblables développées en d'autres régions ; mais, en raison de la similitude de nom, il fait à plusieurs reprises la confusion avec le molluscnm contagiosum de Bateman et en arrive à discuter, à propos du molluscum pendulum, la théorie coccidienne des corpuscules de molluscum.

L. Marchand. — De l'eczéma de la moustache, ses rapports avec les affections nasales (18 mai 1892).

L'auteur décrit, sous le nom d'eczéma de la moustache, l'eczéma pilaire limité à la partie sous-narinaire de la lèvre supérieure. Il insiste particulièrement sur le rôle, bien connu du reste, des écoulements nasaux dans la production de cette lésion et spécifie les causes de ces écoulements qui sont, par ordre de fréquence, d'après lui, le coryza chronique, surtout dans sa variété hypertrophique, les déviations de la cloison, les polypes muqueux, l'empyème du sinus maxillaire. Dans la description clinique, il attache une importance peut-être excessive à la présence de pustules et d'ulcérations qui ne sont pas aussi constantes qu'il le dit ; par contre, il n'insiste pas suffisamment sur la localisation sous-narinaire de ce type très particulier de lésions eczémateuses et semble avoir fait la confusion entre deux formes très différentes de l'eczéma de la lèvre supérieure, la forme qui appartient aux hommes adultes plus ou moins entachés d'arthritisme et la forme qui se développe chez les sujets jeunes, lymphatiques et s'accompagne, sans doute à la faveur d'une infection par le streptocoque, de poussées lymphangitiques aboutissant à une sorte d'éléphantiasis de la lèvre. Le traitement doit, outre le traitement général destiné à combattre les troubles de la nutrition, être dirigé simultanément contre la lésion nasale et contre les altérations cutanées consécutives : contre ces dernières, l'auteur vante surtout les solutions de sublimé (en lavages et en compresses) et les pommades à l'ichtyol ; il insiste sur la nécessité d'éviter les refroidissements et l'humidité qui exaspèrent la lésion nasale.

Le titre de cette thèse ne nous paraît pas des mieux choisis : du moment où l'auteur avait surtout en vue l'eczéma sous-narinaire et insiste à plusieurs reprises sur ses récidives sous l'influence des exacerbations de la lésion nasale, la dénomination d'eczéma récidivant de la lèvre supérieure, proposée par M. E. Besnier, est de beaucoup préférable. Le terme d'eczéma de la moustache est à la fois plus compréhensif, puisqu'il s'applique à tous les eczémas atteignant la moustache avec ou sans participation des autres régions de la barbe, et plus exclusif, puisqu'en bonne logique on ne peut parler d'eczéma de la moustache chez des sujets imberbes en raison de leur âge ou de leur sexe.

M. Adam. — De l'œdème dans le purpura (9 juillet 1892).

Étude un peu confuse et très écourtée de certains œdèmes accompagnant le purpura. L'auteur élimine les œdèmes dus aux lésions rénales, cardia-

ques, aux cachexies et aux dyscrasies au cours desquelles peut survenir du purpura. Il décrit seulement les poussées d'œdème mobile, fugace, erratique, multiple qui précèdent ou accompagnent le purpura. Il en signale deux variétés cliniques : dans l'une, l'œdème est blanc, dur, douloureux et indolent, semblable à l'œdème des brightiques ; dans l'autre, il est rosé, semblable au pseudo-phlegmon des arthritiques, quelquefois avec des traînées de lymphangite. Cet œdème siège le plus souvent au front, aux paupières, aux membres, à la région pectorale, aux organes génitaux, mais n'occupe pas toujours les points où siège le purpura ; il disparaît vite, le plus souvent par résolution. C'est un œdème essentiel, comme le purpura, se produisant sous l'influence de perturbations nerveuses, de même que le purpura myélopathique ; mais l'auteur pense qu'il faut chercher sa raison d'être plus loin, dans l'arthritisme qui produit des œdèmes semblables, dits rhumatismaux, mais sans purpura. L'œdème peut faire prévoir une atteinte ultérieure de purpura ; son traitement est nul, car il disparaît spontanément avec la plus grande facilité.

A. Bougan. — Du rôle du staphylocoque dans la pathogénie de l'anthrax et de ses complications. De la destruction de l'anthrax par les flèches caustiques au chlorure de zinc suivant le procédé de M. Polaillon, opposée aux autres méthodes de traitement (12 juillet 1892).

L'auteur reproduit les différentes observations déjà connues de complications viscérales de l'anthrax et résume les recherches qui ont permis de rattacher le développement de cette affection à la présence du staphylocoque doré, ayant pénétré soit par un orifice glandulaire, soit par une simple solution de continuité traumatique. Il préconise le traitement suivant : dans les anthrax au début, nettement circonscrits, pulvérisations phéniquées et compresses imbibées de liqueur de van Swieten, et, si l'anthrax siège sur le tronc ou sur les membres, grands bains de sublimé ; dans les anthrax d'un certain volume, les anthrax diffus à marche envahissante rapide, les anthrax de la face et des lèvres, intervenir rapidement en détruisant l'anthrax au moyen de flèches de Canquoin, qui ont sur l'excision l'avantage d'éviter des pertes de sang préjudiciables à des malades ordinairement dyscrasiques et affaiblis, et sur la cautérisation ignée celui d'agir plus radicalement encore et de ne pas nécessiter l'emploi du chloroforme ; après la cautérisation avec les flèches de Canquoin, pansement au sublimé.

G. Jacques. — De l'état séborrhéique de la peau et de ses rapports avec les dermatoses, notamment avec l'acné ; étude de pathogénie et de traitement (12 juillet 1892).

L'auteur de cette thèse, écrite sous l'inspiration de M. Barthélemy, étudie, sans apporter de documents personnels, la fonction séborrhéique de la peau, en résumant les recherches de Unna, Arnozan et Aubert. Il pense, plutôt qu'il ne démontre, car il ne relate qu'un petit nombre d'ob-

servations très écourtées et insuffisantes, que la séborrhée pathologique ne se rencontre que chez des sujets affectés d'insuffisance digestive et il suppose qu'elle est vraisemblablement causée par les troubles du chimisme gastro-intestinal, qu'il n'a du reste pas recherchés par les procédés chimiques; d'après lui, sous l'influence de ces troubles du chimisme digestif, il naît des toxines qui agissent sur les glandes de la peau, soit à distance par l'intermédiaire du grand sympathique, soit directement au moment de leur élimination par la peau. La séborrhée pathologique amène l'irritation, la dilatation et l'inflammation des glandes cutanées; sa présence sur la peau crée un terrain propice à la réceptivité et au développement de nombreux germes pathogènes, venus surtout de l'extérieur. Ces faits sont prouvés, dit l'auteur, par l'évolution de l'acné, des kystes sébacés isolés ou confluents, des loupes, des tannes ou comédons, de l'eczéma séborrhéique, du pityriasis versicolore (de certaines variétés d'épithéliomas?) toutes lésions qui ne peuvent naître sans séborrhée préalable, et il résulte de ces données que le traitement doit consister dans l'antisepsie intestinale et l'établissement d'une hygiène alimentaire appropriée pour combattre et neutraliser les fermentations anormales ou excessives et dans l'antisepsie externe pour modifier l'état défectueux des téguments.

Chaumont. — Du bromisme (13 juillet 1892).

L'auteur, à propos d'une observation personnelle d'intoxication bromique légère, reprend l'histoire du bromisme. Il en décrit avec soin les symptômes et en particulier les éruptions, résume les recherches récentes de M. Féré sur la toxicité comparée des bromures, et sur la répartition du brome dans les organes et adopte les opinions de cet auteur sur la pathogénie des accidents du bromisme et l'utilité de l'antisepsie intestinale dans leur prophylaxie et leur traitement. Sans apporter d'éléments nouveaux pour l'étude de la question ni des vues originales dans la description des accidents du bromisme, cette thèse résume très heureusement nos connaissances actuelles sur ce sujet.

M. Osmont. — Contribution à l'étude des amputations congénitales (21 juillet 1892).

Cette thèse résume très complètement l'histoire de la question des amputations congénitales et montre avec beaucoup d'exactitude la diversité et les variations des opinions soutenues par les auteurs qui s'en sont occupés. Elle contient de plus, outre une observation inédite avec examen histologique recueillie dans le service de M. Bar, un résumé de la plupart des observations publiées dans ces dernières années. L'auteur, étudiant la question en accoucheur, se préoccupe moins des relations, d'ailleurs bien établies aujourd'hui dans le sens négatif des amputations congénitales avec l'aïnhum, que de leurs relations avec l'ectromélie. Il distingue cette dernière, qui est une malformation par arrêt de développement, de l'amputation congénitale ; cette dernière est due à une cause mécanique, le plus souvent à l'enroulement autour des membres de brides amniotiques qui produisent, suivant que leur action est plus ou moins prolongée, soit un

sillon, soit une amputation. Les amputations congénitales s'accompagnent d'autres malformations dans l'immense majorité des cas, mais ne compromettent pas la vie. Cliniquement elles diffèrent de l'ectromélie par la présence d'une cicatrice à l'extrémité du segment de membre et par l'absence d'appendices cutanés à l'extrémité du moignon.

E. Colas. — Du traitement local de l'érysipèle de la face et en particulier du traitement par les pulvérisations de sublimé (25 juillet 1892).

L'auteur de cette thèse, travaillée et intéressante, résume les divers traitements proposés contre l'érysipèle et expose spécialement le mode d'emploi, les résultats et les avantages du traitement par les pulvérisations suivant la méthode de M. Albert Robin. Cette méthode consiste dans la pulvérisation d'une solution de sublimé au 1000e (et non au 100e comme dans la méthode de M. Talamon); la solution employée est une solution aqueuse additionnée d'acide tartrique ; la pulvérisation est faite sur la plaque, le bourrelet et la zone externe, au moyen du pulvérisateur de Lister, placé à environ 30 centimètres du malade, elle est prolongée pendant 30 minutes et répétée un nombre de fois variant de 2 à 6 suivant l'étendue de la plaque érysipélateuse, la température et l'état général, en moyenne 4 fois par jour. Il suffit comme précautions de recommander au malade de fermer les yeux lorsque la pulvérisation est faite sur la face ou de les lui protéger avec une boulette de coton hydrophile ou une bande de taffetas ; au cuir chevelu, on ne doit pas hésiter à couper les cheveux pour peu que l'état général soit inquiétant. Cette méthode a, sur celle de M. Talamon, l'avantage de ne pas nécessiter l'emploi d'une substance caustique, de ne pas provoquer de dermite, de ne pas même provoquer la douleur si fréquente et parfois persistante qui succède aux pulvérisations de la solution éthérée de sublimé à 1 0/0; au contraire, la chaleur mordicante et la cuisson causées par l'érysipèle lui-même sont calmées. Cette méthode, que M. Albert Robin a employée dans 34 cas d'érysipèle, abrège la durée de la maladie : tous les cas ainsi traités ont eu une terminaison favorable.

G. Bouju. — Des lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse (27 juillet 1892).

L'auteur résume 20 observations déjà publiées de lipomes multiples et en donne une nouvelle observation recueillie chez un sujet tabétique. Il insiste dans sa description sur la symétrie des lésions, qu'à notre avis il exagère quelque peu et donne comme beaucoup plus parfaite, tant sous le rapport de la situation que sous celui du volume, qu'elle n'est en réalité. Il considère l'affection comme d'origine nerveuse, sans donner de preuves bien convaincantes de l'influence médullaire, et comme une manifestation de l'arthritisme ; il admet que l'œdème rhumatismal, le pseudo-lipome et les lipomes multiples ne sont que des phases différentes d'une même affection.

G. Ménard. — Contribution à l'étude du mal perforant plantaire (27 juillet 1892).

Thèse très incomplète, dont l'auteur s'efforce d'établir que le mal perforant plantaire peut être sous la dépendance d'une névrite d'origine toxique. Il reproduit quelques observations déjà publiées et rapporte une observation personnelle de maux perforants chez un ouvrier en glaces qui avait présenté des accidents d'hydrargyrisme ; il considère dans ce cas les maux perforants comme d'origine hydrargyrique, mais rien ne prouve que le sujet de cette observation ne soit pas atteint de tabes, affection dont il présente quelques symptômes.

J. Castera. — Étude sur les rapports de l'éléphantiasis des Arabes avec la filaire du sang (27 juillet 1892).

Résumé clair, mais sans notions originales, de l'histoire de la filaire et de l'éléphantiasis des Arabes. Deux observations inédites d'éléphantiasis développé dans les pays chauds; l'auteur n'a pu trouver la filaire dans ces deux cas, mais n'hésite pas à lui attribuer le développement de la maladie.

Depéret-Muret. — De la folliculite conglomérée trichophytique (28 juillet 1892).

L'auteur de cette thèse a réuni 3 observations dont deux personnelles recueillies dans le service de M. Quinquaud, de folliculite trichophytique conglomérée; il y a ajouté l'observation publié par M. Poncet sous le nom d'impétigo sycosiforme : ce rapprochement est peu justifié, car M. Bard a conclu dans ce cas à une lésion d'origine parasitaire, infectieuse, mais non dermatophytique.

Sur ces documents, l'auteur édifie une description clinique se rapprochant beaucoup de celle que MM. Leloir et Pallier ont donnée des folliculites en placards : une ou plusieurs plaques de dimensions variables, de forme irrégulièrement arrondie, bien circonscrites, à bords saillants, d'un rouge framboisé ou violacé, présentant sur leur surface des perforations d'où sortent spontanément ou par la pression des gouttelettes de pus, constituent cette forme de trichophytie ? Les plaques peuvent occuper toutes les régions où existent des follicules pileux ; elles ont pour siège de prédilection le cou, la face, la région des favoris. L'examen microscopique montre des lésions de folliculite, dans lesquelles on rencontre, outre le trichophyton, des staphylocoques et des streptocoques.

Les chapitres concernant l'étiologie et le traitement ne renferment aucune donnée nouvelle. Le diagnostic est absolument insuffisant; enfin, l'auteur ne compare pas la lésion qu'il décrit aux autres formes de trychophytie et il semble ignorer que les auteurs ont désigné sous le nom de sycosis une lésion voisine de celle qu'il étudie, car ce mot ne se trouve nulle part dans sa thèse où l'historique fait complètement défaut : de belles planches phototypiques représentant des moulages du Musée de l'hôpital Saint-Louis ne sauraient faire pardonner les grandes lacunes de ce travail.

J. Audrain. — Contribution à l'étude de la trichophytie tonsurante (13 juillet 1892).

L'auteur de cette thèse, très personnelle, basée sur des recherches poursuivies dans le service de M. Du Castel, pense que les cheveux sont altérés dans leur nutrition avant le développement du trichophyton et que la pénétration du parasite n'est possible que par suite de ce trouble de nutrition et d'une lésion de l'épidermicule; il pense aussi qu'il y a une relation évidente entre l'abondance de la graisse et la vitalité du parasite.

On peut, d'après lui, distinguer deux formes cliniques très distinctes de trichophytie tonsurante, l'une très bénigne, l'autre d'une gravité plus grande, variable suivant les sujets.

Dans la forme grave, l'invasion est rapide et suit de près l'inoculation, la dénudation se fait sur une zone nettement arrondie ou ovalaire, il reste sur la plaque peu de cheveux d'apparence saine, on trouve autour des tronçons de cheveux des gaines amiantacées qui persistent en plus ou moins grand nombre presque jusqu'à la fin de la maladie, les spores prédominent pendant la première période, le trichophyton ne pénètre pas dans le follicule, les cheveux sont cassés au ras de la peau ou à un ou deux millimètres au-dessus, on trouve de nombreux cheveux ou tronçons de cheveux, la croissance des cheveux est très rapide, le cuir chevelu est couvert de squames dures, grisâtres, la maladie présente une tendance à l'extension ou à la dissémination et guérit très lentement.

Dans la forme légère, l'invasion est lente, les plaques sont irrégulières, plutôt arrondies, sans contours accusés, présentent de nombreux cheveux d'apparence saine, les cheveux n'ont jamais de gaines amiantacées, il y a peu ou point de spores, tandis que le mycélium est toujours prédominant; on peut trouver du mycélium dans le follicule quoique ce caractère soit inconstant, les cheveux qui persistent sur la plaque sont de longueur variable, cassés très courts ou devenus très longs avec extrémité libre pénicillée, les cheveux sont très rares, la peau est d'aspect lisse ou un peu sale, sans squames, il n'y a pas de tendance à l'extension ni à la dissémination, la guérison se fait rapidement même sans traitement, la contagion semble plus faible que dans la forme grave.

Dans la forme grave, la plaque primitive doit être la plus surveillée, les plaques secondaires ne constituent pas une complication bien sérieuse, le point primitif est le dernier guéri.

On peut établir les bases d'un pronostic aux diverses périodes de l'affection en analysant avec soin l'invasion et l'évolution du parasite.

La guérison est toujours précédée d'une période de ralentissement dans la croissance des cheveux au niveau des parties envahies. Le traitement doit aider ce ralentissement à se produire.

L'auteur recommande l'emploi des injections intradermiques d'une solution aqueuse ou alcoolique de sublimé acide (sublimé et acide tartrique 0,01 pour eau 30 gr.) qui lui ont donné de bons résultats, qui détruisent les spores dans la profondeur des tissus et qui arrêtent momentanément la croissance du cheveu. Ce mode de traitement, qui peut à la rigueur se légitimer dans les cas rebelles et graves de trichophytie, ne saurait, à notre

avis, devenir d'un emploi général dans cette affection et être mis en œuvre indistinctement dans tous les cas, même dans ceux qui peuvent guérir rapidement par des procédés moins dangereux.

J. Mussy. — Contribution à l'étude des érythèmes infectieux, en particulier dans la diphtérie (25 février 1892).

Voici les conclusions de cette thèse, reposant sur des observations recueillies dans le service de M. Hutinel et consacrée à un sujet sur lequel M. Hutinel vient de publier un important mémoire.

Il existe dans la diphtérie un certain nombre d'érythèmes infectieux : l'érythème polymorphe avec toutes ses variétés, lisse, marginé, papulo-tuberculeux, ortié, purpurique, vésico-pustuleux, l'érythème rubéolique, l'érythème scarlatinoïde et scarlatiniforme desquamatif. Toutes ces variétés d'érythèmes forment une série dont l'érythème lisse est le premier terme et l'érythème scarlatinoïde desquamatif le dernier.

Ces variétés se retrouvent dans tous les cas et, si on a décrit telle ou telle forme comme spéciale à la diphtérie, c'est souvent grâce à la rapidité d'extension du processus qui n'a pas permis de saisir les intermédiaires.

Ces érythèmes sont relativement fréquents, d'autant qu'ils passent souvent inaperçus à cause de leur durée éphémère et de la difficulté qu'il y a dans certains cas à les découvrir, lorsqu'il s'agit par exemple de l'érythème purpurique. Ils récidivent plusieurs fois.

Ce groupement de lésions cutanées, qui constitue l' « érythème infectieux », se retrouve dans beaucoup d'infections autres que la diphtérie, il en constitue une des manifestations. En dehors des autres éruptions infectieuses de la peau, il constitue un cadre à part, une réaction spéciale fréquente de la peau aux intoxications.

La porte d'entrée en est fréquemment dans la gorge sous forme d'ulcérations aphteuses ou d'angines pseudo-membraneuses.

La production dans la diphtérie serait due au streptocoque ainsi que dans un certain nombre d'autres affections. Néanmoins d'autres microbes pathogènes isolés ou associés au streptocoque pourraient réaliser les lésions anatomo-pathologiques qui en sont la base.

Le streptocoque, absent au niveau de l'érythème, absent dans le sang, agirait, par des produits solubles analogues à l'ectasine décrite par le professeur Bouchard, sur les centres vaso-dilatateurs et favoriserait la diapédèse.

Le diagnostic, à défaut de signes précis dans quelques cas, se fera toujours rapidement par l'évolution cyclique spéciale de l'érythème.

Le pronostic sera basé sur la violence de l'intoxication, sur celle de l'agent pathogène, enfin sur la date d'apparition de l'érythème, ceux du début étant ordinairement bénins, ceux de la fin très graves.

C. Callais. — Contribution à l'étude des érythèmes du nouveau-né (30 juin 1892).

L'auteur de cette thèse, sans grande originalité et un peu confuse en certaines parties, divise les érythèmes des nouveau-nés en plusieurs

classes : 1° érythèmes simples ou diarrhéiques comprenant l'érythème simple proprement dit, l'érythème vésiculeux, l'érythème ulcéré, l'érythème papulo-érosif ou syphiloïde post-érosive, qui, tout en accompagnant souvent des états généraux graves, n'en sont pas le signe obligé et ne sont pas symptomatiques de l'athrepsie et du muguet ; 2° les érythèmes syphilitiques dans lesquels l'auteur range, outre la roséole, une série de lésions telles que les syphilides papuleuses et lenticulaires, et le pemphigus auxquelles ne peut plus convenir le nom d'érythème ; 3° une série d'érythèmes de nature diverse, érythèmes morbiliformes, scarlatiniformes, mars brés, qui n'ont aucune valeur séméiologique, érythèmes papuleux vacciniformes non encore classés et probablement bénins, érythèmes survenant au cours de la vaccine et probablement dus à une infection secondaire, éruptions vaccinales généralisées, prurigo, eczéma, impétigo, qui n'ont chez le nouveau-né aucune signification spéciale.

D. Goupil. — De la lymphangite tuberculeuse et particulièrement de sa forme angiectasique (7 juillet 1892).

L'auteur divise les observations de lymphangite tuberculeuse en trois groupes : 1° type en cordon moniliforme (type Bazin-Merklen), dont il rapporte deux nouvelles observations, caractérisé par le développement, à la suite d'une lésion d'une extrémité d'un membre, de nodosités présentant les caractères des gommes, disposées en séries correspondant au trajet des lymphatiques et reliées entre elles par un cordon dur qui n'est autre qu'un lymphatique ; le pronostic de ce type est bénin et la terminaison ordinairement favorable ; 2° forme pauci-nodulaire à distance, bien décrit par M. Lejars, dans lequel les nodosités présentent les mêmes caractères et la même topographie que dans le type précédent, mais où le cordon symphatique intermédiaire fait défaut ; dans ce type, qui est beaucoup plus fréquent que ne semble le laisser supposer le petit nombre d'observations réunies par l'auteur, il y a tendance à la diffusion au loin, tel un cas de lymphangite du bras avec abcès rétro-mammaire signalé par Leser ; 3° type lymphangiectasique, auquel appartient la belle observation bien connue de MM. Hallopeau et Goupil, et qui présente l'aspect de varices lymphatiques avec gommes et fistules ; 4° lymphangite réticulaire du derme avec production de lésions ulcéreuses ou lupiques. Des dessins intercalés dans le texte reproduisent les différents types de lésions décrites.

Georges Thibierge.

REVUE DES LIVRES

Professeur Henri Leloir. — **Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes (Lupus et tuberculoses qui s'y rattachent).** (Volume in-4° de 405 pages avec un Atlas de XV planches en chromolithographie et en héliogravure. Paris, 1892. Louis Bataille et Cie, éditeurs.)

Depuis 1878, M. le professeur Leloir poursuit avec ténacité l'étude de la scrofulo-tuberculose des téguments. Ses nombreux travaux sur l'histologie, la bactériologie, l'inoculabilité, les formes atypiques, les complications du lupus vulgaire sont connus de tous, et universellement estimés. Étant pour ainsi dire parvenu au terme de cette longue série de recherches qu'il s'était imposé de faire pour élucider le problème de cette dermatose dont la nature réelle a été si longtemps méconnue, le savant professeur a cru faire œuvre utile en publiant un ouvrage d'ensemble sur cette question ; et c'est ainsi que, comme couronnement de son œuvre, il nous donne aujourd'hui son Traité didactique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes.

Sans crainte aucune d'être accusé de sacrifier à l'esprit de camaraderie, je crois pouvoir dire que nul n'était mieux préparé que lui pour entreprendre cette tâche écrasante et pour la mener à bonne fin. Il a pu étudier en effet depuis le commencement de ses recherches, plus de 2000 cas de scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses : il a pratiqué l'examen histologique, bactériologique et expérimental d'environ 350 cas de scrofulo-tuberculose des téguments dont 200 cas de lupus, et c'est en se basant sur ces riches documents personnels qu'il a écrit ce livre, véritable monument dont la dermatologie française doit à juste titre s'enorgueillir.

L'auteur commence dans son *introduction* par préciser ce qu'il faut entendre sous le nom de lymphatisme, et par établir que la scrofule n'existe pas. Cependant, dit-il, il est bon de conserver ce terme en l'adjoignant à celui de tuberculose pour désigner les affections dont il va parler. Le nom de *scrofulo-tuberculose tégumentaire* indique qu'elles sont de nature tuberculeuse, mais qu'elles constituent une forme bien à part de la tuberculose. Elles comprennent : 1° le lupus et ses diverses variétés ; 2° les gommes scrofulo-tuberculeuses.

Quoique la nature tuberculeuse du lupus vulgaire soit à l'heure actuelle démontrée d'une manière irréfutable, et que, par suite, cette affection ne doive plus être considérée désormais que comme la variété la plus fréquente de la tuberculose des téguments, l'auteur pense avec raison que l'on doit conserver le mot de *lupus*, car les affections que l'on a ainsi dénommées jusqu'ici ont une physionomie bien spéciale que leur impriment : 1° au point de vue clinique leur chronicité, leur marche graduellement

extensive, leur aspect, leur fréquence dans le jeune âge, la longue conservation possible du bon état général; 2° au point de vue histologique, l'abondance des cellules géantes, la caséification moins rapide, la vascularisation plus abondante que dans la tuberculose franche ; 3° au point de vue bactériologique, le petit nombre de bacilles ; 4° au point de vue expérimental, la difficulté des inoculations aux animaux. Mais on trouve toutes les formes possibles de transition entre le lupus vrai et les autres tuberculoses tégumentaires ; souvent toutes ces formes coïncident chez le même individu ; le lupus peut dériver des autres formes de la tuberculose humaine, de la tuberculose des animaux ; il peut aboutir aux autres variétés de la tuberculose. Il doit donc être considéré comme une forme à part de la tuberculose de la peau, laquelle constitue sans doute un mauvais terrain de culture pour le bacille, grâce à sa structure histologique, à sa température assez basse, aux mouvements et aux frottements auxquels elle est soumise.

Ayant ainsi défini son sujet, l'auteur aborde l'étude complète du lupus ; il en donne l'historique, puis la symptomatologie détaillée en partant de la lésion élémentaire de l'affection, le tubercule lupique, auquel il donne le nom de lupome et qu'il suit dans toutes ses modifications : 1° *à sa période d'augment* (lupus plan, lupus saillant, et leurs variétés multiples) ; 2° *à sa période de régression ou de dégénérescence : a*) par résorption interstitielle ; *b*) par dégénérescence fibreuse (lupus sclérosé) ; *c*) par ulcération (lupus exedens, ulcéreux superficiel, ulcéreux profond, et leurs variétés multiples) ; 3° *dans ses aspects atypiques : a*) lupus vulgaire colloïde ; *b*) myxomateux ; *c*) scléreux et demi-scléreux et leurs sous-variétés (tubercule anatomique et tuberculose verruqueuse de Riehl et de Paltauf) ; *d*), érythématoïde, variétés qu'il a si bien étudiées dans ses travaux antérieurs.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans ces descriptions multiples : nous nous contenterons de signaler en passant des statistiques fort intéressantes que l'on devra consulter et dont nous extrayons les chiffres suivants. Sur 286 cas de lupus qui lui sont personnels, M. le professeur Leloir a relevé 53 cas de lupus plan, 25 cas de lupus saillant, 198 cas de lupus exedens, 6 cas de lupus colloïde, 12 cas de lupus myxomateux, 32 cas de lupus scléreux, 15 cas de lupus vulgaire érythématoïde.

Un de ses malades a présenté en évolution au même moment 110 foyers de lupus disséminés çà et là sur toute la surface des téguments.

Sur 312 cas de lupus, la face était prise 267 fois, les muqueuses 109 fois ; l'auteur n'a observé que 21 cas de lupus primitif des muqueuses, et toujours dans ces 21 cas l'affection avait débuté par la muqueuse nasale. Cette fréquence du lupus des fosses nasales est très remarquable : elle a déjà été mise en relief par nombre d'observateurs ; il est probable que des études ultérieures viendront prouver qu'elle est encore plus importante que ne le montrent les statistiques remontant à plus de 4 ou 5 ans, époque où l'attention n'était pas suffisamment éveillée sur cette localisation.

Le professeur Leloir a observé un cas de lupus colloïde sur la face conjonctivale de la paupière supérieure vers son bord libre, trois cas de lupus myxomateux au niveau de la luette, deux cas de lupus vulgaire érythématoïde au niveau des lèvres, mais il insiste toujours sur ce fait que la variété

de lupus scléreux à laquelle il donne le nom de lupus demi-scléreux est le type du lupus des muqueuses ; il en constitue la forme la plus fréquente au lieu de n'en constituer comme pour les téguments externes qu'une variété atypique. Passant ensuite à la description du lupus des muqueuses suivant ses localisations, il étudie avec le plus grand soin le lupus du nez, celui des conjonctives, de la muqueuse bucco-pharyngée, de la langue (d'après son observation bien connue), celui du larynx ; peut-être aurait-il pu insister un peu plus qu'il ne l'a fait sur les propagations de la néoplasie lupique des fosses nasales à l'angle interne de l'œil par les voies lacrymales, propagation dont j'ai observé plusieurs cas. Enfin il termine en faisant remarquer que le lupus des muqueuses génitales constitue une rareté pathologique : il n'en a jamais observé un seul exemple. Comme il le dit fort bien, l'histoire de l'esthimène est à refaire complètement au point de vue scientifique et précis.

Passant ensuite aux *complications* du lupus, il les divise en complications locales ou de voisinage et en complications générales : I. *Les complications locales ou de voisinage* comprennent : A. *Celles qui sont dues à l'infection spécifique scrofulo-tuberculeuse provenant du lupus, foyer infectieux :* ce sont : 1° les altérations du système lymphatique, radicules, vaisseaux, ganglions et tissu conjonctif de voisinage, œdèmes, lymphangites, gommes, et adénopathies scrofulo-tuberculeuses, lymphangites chroniques, pachydermie, et états éléphantiasiques ; 2° les gommes scrofulo-tuberculeuses dermiques, hypodermiques et ganglionnaires à propos desquelles il établit que le lupus peut se transformer in situ en gomme scrofulo-tuberculeuse, et inversement que la gomme scrofulo-tuberculeuse peut se transformer en lupus ; 3° les altérations des gaines tendineuses et des articulations ; 4° les lésions osseuses qui sont fort rares, mais qui s'observent. — B. *Les complications locales ou de voisinage qui ne ressortissent pas directement et spécifiquement au virus scrofulo-tuberculeux* (accidents locaux ou de voisinage para-lupeux) comprennent : 1° l'érysipèle vrai à propos duquel M. le professeur Leloir établit que, loin d'exercer jamais la moindre influence curative sur le lupus, cet accident peut provoquer de véritables poussées de tubercules lupeux, transformer un lupus non exedens en lupus exedens, provoquer la suppuration d'adénopathies ; 2° les effets des agents de la suppuration ; 3° l'hyperkératose, l'état ichthyosiforme, les cornes cutanées ; 4° les diverses complications qui peuvent s'observer au niveau des cicatrices lupiques, crevasses, déchirures, ulcérations simples, etc... ; 5° l'épithéliome.

Les *complications générales* comprennent : A. l'envahissement de l'économie par le virus tuberculeux ; certains phénomènes d'infection générale qui surviennent dans le cours du lupus vulgaire et qui semblent être déterminés par la résorption des produits toxiques d'origine microbienne développés au niveau ou au voisinage de la dermatose ; B. les complications générales qui ne dépendent ni directement ni spécifiquement de l'action du virus scrofulo-tuberculeux (accidents généraux para-lupeux), tels que l'anémie, la chlorose, l'albuminurie, le marasme, etc.

En terminant cette symptomatologie, l'auteur décrit l'hybride syphilitico-lupomateux dont il a démontré scientifiquement l'existence en 1891, et

dont, pour ma part, je ne saurais trop proclamer la réalité, ayant depuis plusieurs années déjà observé des faits cliniques dans lesquels les réactions thérapeutiques rendaient évidente cette hybridité que faisait soupçonner l'aspect objectif. Il dit aussi quelques mots de l'hybride lupomateux et tuberculeux franc décrit par Doutrelepont et Hirschfeld.

Au point de vue de l'anatomie pathologique qui est traitée avec un luxe de détails tel que nous relevons 46 figures dont 42 coloriées représentant des coupes histologiques, la conclusion de M. le professeur Leloir est que le lupus est un véritable granulome dans le sens de Virchow, le granulome ayant la même structure histologique que le tubercule. Sur 200 cas de lupus qu'il a examinés au point de vue bactériologique il a trouvé des bacilles de la tuberculose dans 157 cas ; ces bacilles se rencontrent surtout dans les nodules lupeux récents. Il n'a pas constaté que la tendance ulcérative, nécrobiotique et suppurative du lupus fût en rapport direct avec le nombre des bacilles qu'il contient. Rien de plus variable et de plus imprévu que la richesse bacillaire d'un lupus donné. Il n'a jamais trouvé dans le lupus les microcoques et les zooglées décrits par Malassez dans la tuberculose zoogléique. Il n'a jamais trouvé de bacille de la tuberculose dans les produits de sécrétion des ulcérations lupeuses ou dans le pus qui se trouve sous les croûtes de certains lupus. Les agents de la suppuration du lupus sont certains microbes pathogènes et surtout le staphylococcus pyogenes aureus. Il n'a jamais pu obtenir de cultures pures de bacilles de la tuberculose avec le lupus.

Abordant ensuite la question de l'inoculation des produits scrofulo-tuberculeux, l'auteur entre dans les plus grands détails sur la technique si importante de ces inoculations, sur le choix de l'animal (cobaye de préférence), l'âge de l'animal (de 4 à 5 mois), la région où l'on doit faire l'inoculation (péritoine, ou bien hypoderme en accolant au fragment inoculé un morceau d'épiploon), le choix du nodule à inoculer (nodule jeune, non traité, non ulcéré), son volume (fragment du volume d'un demi-haricot, profond, et biopsié sans anesthésie préalable), la technique opératoire, les conditions hygiéniques que doivent remplir les cages, etc.

Il faut sacrifier le cobaye inoculé vers le 3e ou le 4e mois quand il n'a pas succombé ; en attendant plus longtemps on s'expose à voir les nodules tuberculeux subir la transformation fibreuse. On doit pratiquer les inoculations en série : or la tuberculose que produit le lupus est réellement peu virulente puisqu'elle ne prend pas à la 1re série quand on l'inocule dans l'hypoderme du lapin. On doit de plus faire toujours le contrôle histo-bactériologique du fragment que l'on inocule et des viscères de l'animal inoculé pour se mettre en garde contre les pseudo-tuberculoses.

En prenant toutes ces précautions, et en s'entourant de toutes ces garanties, M. le professeur Leloir voit actuellement toutes ses inoculations de lupus lui donner des résultats positifs : les résultats négatifs sont absolument exceptionnels. Il en conclut que le lupus est une tuberculose tégumentaire peu virulente, peu riche en agents pathogènes, en général distincte de la tuberculose vulgaire classique par le petit nombre de bacilles qu'il renferme, par la nécessité où l'on est d'inoculer de gros morceaux dans un milieu spécial et à un animal favorable pour avoir des inoculations

positives, enfin par la lenteur de l'infection de cet animal. Il ne croit pas cependant que le lupus soit produit par un virus spécial, distinct du virus tuberculeux ordinaire : il pense que toutes ces différences tiennent à des variations dans la quantité du virus et non dans sa qualité.

Les gommes scrofulo-tuberculeuses dermiques, hypodermiques et ganglionnaires sont des produits tuberculeux plus virulents que le lupus et moins virulents que la tuberculose type. L'œdème dur ou demi-dur qui complique parfois le lupus doit être dans certains cas considéré comme étant de nature tuberculeuse.

Au chapitre de l'étiologie et de la pathogénie, l'auteur passe en revue les divers mécanismes suivant lesquels un lupus peut se développer : tantôt c'est le sujet déjà tuberculeux viscéral qui inocule lui-même ses téguments avec le produit de ses sécrétions pathologiques renfermant le virus tuberculeux ; tantôt le sujet tuberculeux inocule directement ou indirectement (cataplasmes, mouchoirs, linges souillés, tatouage, coup d'ongle, morsure, baiser, etc...) un sujet sain ; tantôt le germe morbide provient d'un animal tuberculeux, et à cet égard nous relèverons parmi les nombreux exemples cités, le cas très instructif d'une jeune fermière qui fut contaminée par un pansement fait pour de l'acné de la face avec de la crème provenant de vaches atteintes de la pommelière ; tantôt le virus est transmis par des objets souillés quels qu'ils soient, par exemple par des boucles d'oreilles ayant appartenu à des tuberculeuses, par le sol, la poussière, les vêtements, les objets de literie, etc... et dans ces cas on trouve la phtisie dans l'entourage du malade (hommes ou animaux).

Sur 312 cas de lupus qui lui sont personnels, l'auteur a relevé 186 fois des antécédents de phthisie dans l'entourage du sujet atteint : ces 186 cas se décomposent ainsi : 47 fois c'était le père qui était tuberculeux, 55 fois la mère, 24 fois la sœur, 27 fois le frère, 9 fois l'oncle, 2 fois la tante, 3 fois le mari, 6 fois les cousins, 3 fois le patron, 10 fois les domestiques.

Comme M. le Dr E. Besnier, l'auteur a remarqué que les effractions de l'épiderme, eczéma, impétigo, variole, vaccine, acné, engelures, brûlures, plaies, etc... favorisaient l'inoculation du lupus : la simple logique le faisait d'ailleurs prévoir.

Le lupus peut aussi provenir d'une inoculation indirecte par continuité, par des foyers tuberculeux profonds tels que les ganglions (32 cas personnels sur 312 cas de lupus, 15 fois les ganglions sous-maxillaires, 6 fois les parotidiens, 5 fois les préauriculaires, 4 fois les sterno-mastoïdiens, 1 fois les axillaires, 1 fois les épitrochléens), les gommes scrofulo-tuberculeuses (41 fois sur 312 cas), les lésions osseuses et articulaires (29 fois sur 312 cas), les lésions viscérales profondes, telles par exemple qu'une fistule tuberculeuse du rectum.

L'auteur se demande enfin si une tuberculose profonde peut être suivie d'une tuberculisation des téguments, les tissus intermédiaires restant sains du moins en apparence, si la scrofulo-tuberculose cutanée peut être déterminée par une infection tuberculeuse d'origine hématique, si elle peut enfin provenir d'hérédité pure et simple. Ce sont là des hypothèses plausibles, mais qui n'ont encore aucune démonstration scientifique.

Les statistiques de l'auteur confirment une fois de plus certains faits

connus : 1° la plus grande fréquence du lupus chez la femme ; sur 312 cas il relève 201 cas chez la femme, 111 cas chez l'homme ; 2° sa plus grande fréquence à la ville, 189 cas chez des citadins, 113 cas chez des campagnards ; 3° le maximum de fréquence du début a lieu de 2 à 19 ans ; 4° l'affection s'observe surtout dans les climats tempérés, froids et humides.

Après avoir exposé le diagnostic et le pronostic avec tous les détails nécessaires, le professeur Leloir aborde la question si difficile du traitement. Qu'il me permette ici de lui faire un léger reproche : cette partie me paraît un peu écourtée. Certes, je suis convaincu de l'excellence de son procédé : mais est-il bien sûr qu'il réussisse toujours, qu'il soit toujours d'une application facile ? Ne pense-t-il pas que le praticien sera parfois obligé de recourir à des méthodes moins énergiques et moins compliquées à cause des conditions spéciales de clientèle dans lesquelles il se trouvera ? Pourquoi donc ne pas étudier en détail les scarifications de M. le Dr E. Vidal, les cautérisations ignées de M. le Dr E. Besnier, le simple raclage avec application de caustiques de certains auteurs étrangers, en particulier du Dr Dubois Havenith, enfin mes procédés que j'ai dénommés (1886-90) méthode mixte, et dont il a d'ailleurs, je le reconnais et l'en remercie, mentionné l'un des principes. Ceci dit, pour prouver avec quelle conscience je fais mon métier de critique, je n'ai que des éloges à lui donner pour la minutie avec laquelle il expose sa pratique, le traitement prophylactique, la médication interne qu'il juge avec raison nécessaire, mais insuffisante, enfin son procédé de traitement local qu'il appelle fort justement *traitement mixte* et sur lequel je ne donnerai pas de détails, puisqu'on le trouvera magistralement analysé par mon excellent ami le Dr Perrin à la page 805 de ce même recueil, année 1892.

L'ouvrage se termine par une bibliographie des plus soignées et dont on comprendra l'importance quand j'aurai dit qu'elle est sur 2 colonnes en petit texte, et qu'elle couvre 28 grandes pages in-4°.

Le superbe atlas qui est annexé au texte courant comprend quatre grandes planches chromolithographiques renfermant 18 admirables aquarelles de Karmanski et de Leuba, quatre grandes planches en héliogravure avec 18 photographies : ces 36 dessins représentent les divers aspects objectifs de la scrofulo-tuberculose des téguments. Viennent ensuite six grandes planches chromolithographiques contenant 42 coupes histologiques, et une planche non coloriée représentant deux autres coupes, le tout dessiné par Karmanski.

Dois-je ajouter quelque chose à l'analyse qui précède ? Ai-je besoin d'insister sur l'importance de cette œuvre, sur la ténacité avec laquelle elle a été poursuivie, la conscience méticuleuse avec laquelle elle a été exécutée, le bonheur avec lequel elle a été menée à bonne fin ? Je me félicite hautement d'avoir été choisi pour en donner le compte rendu dans les Annales : en 1886 j'ai déjà eu l'honneur d'analyser dans ce recueil le beau traité de la lèpre de M. le professeur Leloir, et je disais que la science française devait en être fière. J'ai le plaisir de pouvoir en toute conscience répéter les mêmes paroles à propos de ce nouvel ouvrage. C'est encore là une œuvre considérable, de la plus haute valeur, honorable pour notre patrie et qui marquera dans l'histoire de la dermatologie. L. Brocq.

W. Gajkiewicz, médecin des hôpitaux de Varsovie. **Syphilis du système nerveux**, in-8°, 210 pages. Paris, Baillière, 1892.

Cet ouvrage rappelle absolument dans sa forme les publications jadis célèbres et toujours intéressantes à consulter, à cause de leur documentation, de Zambaco et de Gros et Lancereaux. L'auteur y produit en effet à l'appui de chacun de ces chapitres un nombre important d'observations (plus de 50), empruntées presque exclusivement à sa pratique personnelle et la plupart rapportées in extenso. Ainsi se trouve constitué un recueil clinique de premier ordre dans lequel ceux qui viendront ensuite ne se feront sans doute pas faute de puiser. Le texte descriptif qui relie ces documents pour assez résumé qu'il soit, est suffisamment clair et nous a paru être au courant des travaux les plus récents. Il n'y avait pas grand chose de nouveau à dire sur la syphilis nerveuse en général ; sur la question des rapports de la syphilis avec la paralysie générale et avec le tabes l'auteur évite de prendre parti, en appelant à des recherches ultérieures ; il reconnaît que 90 p. 100 environ des tabétiques qu'il a soignés étaient syphilitiques, mais il ne peut s'empêcher de s'étonner que les femmes qui sont cependant syphilitiques dans une bonne proportion deviennent si rarement tabétiques. Sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de la syphilis du système nerveux les opinions du Dr Gajkiewicz sont conformes à celles de Rumpf et du professeur Fournier dont l'auteur invoque à chaque chapitre la haute compétence ; et il appuie de son expérience personnelle cette assertion de notion courante maintenant, et qui ne laisse pas que d'être assez troublante, que la syphilis attaque aussi bien le système nerveux des personnes chez lesquelles les symptômes initiaux ont été graves ou bénins, et même se montre dans le dernier cas plus souvent ; et cette autre, encore discutable, qu'elle attaque aussi bien les sujets ayant fait un traitement énergique que ceux qui n'en ont jamais fait. H. Feulard.

NOUVELLES

Nous avons le regret d'annoncer la mort du professeur Pietro Pellizzari de Florence, décédé dans cette ville après une longue et douloureuse maladie, le 2 octobre dernier.

Le professeur Pellizzari était né à Florence en 1823, et après avoir fait ses études à Sienne, à Pise et à Florence, il devint en 1859 professeur de clinique dans sa ville natale. Parmi les travaux de Pellizzari nous rappellerons surtout ceux qui ont trait à la transmission de la syphilis par l'inoculation du sang et qui l'ont rendu célèbre. Le professeur Pellizzari assistait, on s'en souvient, au Congrès de 1889 et siégeait aux côtés de Ricord, dont il se plaisait à se dire l'élève, en qualité de doyen des syphiligraphes étrangers.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TRICHOPHYTIE HUMAINE

ÉTUDE CLINIQUE, MICROSCOPIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE SUR LA PLURALITÉ DES TRICHOPHYTONS DE L'HOMME

Par **R. Sabouraud**

Interne de l'hôpital Saint-Louis.

(Travail du laboratoire de bactériologie de M. le Dr E. Besnier.)

Avec 2 planches.

SOMMAIRE :

I

La question de l'unicité ou de la pluralité des trichophytons est une de celles qui ne sauraient être éludées. Il faut l'aborder de face, non pas seulement dans un intérêt de science pure, mais parce que malgré les efforts prolongés de nos prédécesseurs, la différenciation pronostique et thérapeutique des trichophyties cutanées n'a pu être encore établie sur des bases valables.

Mon cher et éminent maître, M. le Dr E. Besnier, ayant en vain, durant de longues années, poursuivi la solution de cette question par les moyens cliniques et histologiques dont il disposait, m'a incité à instituer sur ce sujet une nouvelle enquête parallèlement clinique, histologique et bactériologique.

Les résultats de cette étude sont l'objet de ce mémoire. Dans notre intention ce n'est qu'un premier travail bien incomplet sur une ques-

tion dont nous continuerons l'étude. Toutefois, nous trouvant déjà en possession d'un certain nombre de faits certains, nous avons cru devoir les publier immédiatement.

A. — Dans l'exposé qui va suivre, il sera facile de voir que nous ne nous sommes en aucune façon attaché à contrôler les travaux antérieurs sur ce même sujet. Et cela parce que leurs auteurs, MM. Duclaux, Verüjski en France, Neebe et Furthmann en Allemagne, Roberts en Angleterre se sont occupés bien plus de l'étude botanique des parasites isolés, de leurs formes de fructification dans les cultures, etc., que de leur étude proprement médicale, c'est-à-dire des moyens cliniques de différencier ces espèces sur le vivant, et de la différence possible de leur pronostic.

Il nous a semblé que la bactériologie *médicale* ne devait pas d'abord se préoccuper de fixer tel ou tel point obscur des classifications botaniques : c'est affaire aux mycologues de profession. Mais c'est au médecin qu'il convient de séparer les différentes espèces que seul il peut rencontrer sur le malade.

Et j'ai pensé qu'il suffirait à un premier travail sur la matière, d'établir, si, en France, plusieurs agents parasitaires pouvaient déterminer le syndrome *trichophytie* dans ses diverses modalités, si ces parasites étaient seulement des races ou des variétés d'une espèce unique, s'ils étaient reliés entre eux par des caractères de parenté, ou s'il s'agissait au contraire de parasites nettement dissemblables ; enfin si les affections causées par des parasites différents avaient des pronostics différents.

B. — Mais dans une telle étude, quelle marche devions-nous suivre ?

— Chercher à classifier les trichophyties par le seul examen à l'œil nu des lésions ? C'est le problème que les plus habiles cliniciens n'ont pu résoudre ; nous ne pouvions l'aborder après eux avec quelque chance de succès, il fallait reléguer cet examen au second plan.

— Chercher à classifier les trichophyties par le seul examen microscopique des lésions : cheveu ou squame ? Les histologistes les plus consciencieux et, parmi eux, M. Balzer, ne l'ont pu faire davantage. Pouvions-nous espérer être plus habile ?

— Enfin chercher à établir une classification sur les seules données bactériologiques ? C'est le procédé du laboratoire de Hambourg, il nous a paru aussi insuffisant que les précédents.

A quoi peut servir, en effet, à la clinique de savoir que les trichophyties donnent des cultures différentes suivant les cas ? si ces cultures ne se rattachent à aucun caractère diagnostique immédiatement tiré du malade, et si aucune différence pronostique ne s'y ajoute ?

Il nous fallait donc faire ce qui n'avait encore pas été fait. Pour chaque malade nouveau :

1° Ouvrir un dossier complet, comprenant la description minutieuse

des lésions à l'œil nu, l'âge du sujet, l'âge de la maladie, les commémoratifs importants ;

2° Y joindre des préparations de cheveux ou de squames, préparations durables auxquelles on pût constamment se reporter ;

3° Et en même temps établir par la culture, l'espèce trichophytique qui avait donné lieu à la lésion objective, et au cheveu malade observé.

Par cette méthode et seulement par elle, on pouvait espérer résoudre utilement le problème ; — séparer les différents trichophytons par l'examen clinique, appuyé sur l'examen microscopique, contrôlé lui-même et vérifié par les cultures ; — commencer ainsi à établir pour chacun une symptomatologie ; — trouver des caractères microscopiques différentiels ; enfin et surtout établir le pronostic différent des espèces ainsi séparées.

Le seul inconvénient d'une telle méthode c'est qu'elle demande un travail réellement considérable, renouvelé pour chaque malade en observation ; et une longue patience pour fournir des faits généraux de quelque valeur.

Nos résultats s'appuient en ce moment :

Sur plus de 600 cultures ;

Sur une centaine d'examens cliniques approfondis avec examens microscopiques et préparations durables de cheveux teigneux ;

Sur environ soixante cultures en goutte suspendue, faites pour apprécier les particularités botaniques les plus évidentes et les plus grossières des espèces isolées ;

Enfin sur une vingtaine d'inoculations à l'homme et à l'animal.

C'est sur cet ensemble de recherches, poursuivies depuis plus de six mois, que seront basées nos affirmations.

II. — Résultats que donne l'examen microscopique des cheveux teigneux

A. *Résultats de l'examen microscopique jusqu'ici.* — Quelle que soit l'opinion que les auteurs professent au sujet de l'unicité ou de la pluralité des espèces trichophytiques, ils n'ont pour ainsi dire jamais cherché à appuyer cette opinion sur les résultats de l'examen microscopique.

Depuis la découverte de la spore, presque rien n'a été fait sur ce sujet ; et des milliers d'examens superficiels ont été pratiqués par tout le monde sans que personne se soit attaché à établir entre les divers aspects des cheveux teigneux, ou des squames, aucun caractère de différenciation.

Chacun a pu remarquer que certains cas donnaient à l'examen, de grosses spores, d'autres de petites. Le fait est même mentionné partout sans qu'aucun essai de classification en soit résulté.

M. Balzer par exemple, après la constatation de ces faits différents, conclut ainsi :

« Deux hypothèses peuvent expliquer ces anomalies : Ou bien il « s'agit d'une variété spéciale de trichophyton à grosses spores, ou « bien il s'agit d'un trichophyton dont la végétation a pris accidentelle- « ment un développement extraordinaire en vertu du siège qu'elle « occupe. »

Et il termine en disant : « Cette dernière supposition nous paraît la plus vraisemblable » (1).

Mais à quoi bon hasarder des hypothèses quand il est si facile de les vérifier.

Tout d'abord un fait est immédiatement vérifiable : jamais un même individu ne présente à la fois la grosse spore et la petite.

Un deuxième est d'une vérification aussi simple : tous les malades d'une même famille ont une spore identique ; deux frères pris successivement ou un père contaminé par sa fille, ou deux enfants voisins d'école ne présentent jamais qu'une spore invariablement semblable à celle de la trichophytie première : grosse, si la première lésion avait de grosses spores ; petite. si la contamination s'est faite par une petite spore.

Est-ce que de semblables faits, qu'on peut observer vingt fois en un an, n'amènent pas à une opinion inverse de la conclusion de M. Balzer.

Une remarque biologique d'ordre général conduit aux mêmes affirmations. Qu'une culture intensive double le volume d'une plante, elle ne doublera pas le volume de sa semence. Or, la spore c'est la graine et d'un cas à l'autre on peut la voir varier du simple au triple.

Et en vérité, les caractères différentiels microscopiques sont si évidents entre les deux espèces, en dehors même des dimensions de la spore, qu'on doit réellement s'étonner qu'ils ne soient pas établis depuis longtemps.

B. *Résultats que l'examen microscopique peut fournir dorénavant.* — Qu'on prenne, au hasard, vingt enfants atteints de teigne tondante sans les choisir aucunement, et qu'on examine leurs cheveux malades, par les procédés les plus ordinaires, l'ébullition dans la solution de potasse à 40 0/0 (2), on pourra d'abord constater ce fait que sur une même tête, l'aspect microscopique du cheveu et les dimensions de la spore sont identiques. Nous l'avons déjà dit, nous le répétons ; c'est un fait constant.

(1) *Archives générales de médecine*, octobre 1881.

(2) Voici exactement notre technique d'examen microscopique. Elle est la même pour le cheveu et pour la squame, avec la seule différence que la squame est recueillie par grattage et le cheveu par épilation. On les dépose sur une lame porte objet, dans quelques gouttes de la solution potassique (40 0/0) ; on chauffe ensuite cette lame sur une flamme courte. On arrête le chauffage dès que l'ébullition se

En second lieu on s'apercevra aisément que ces vingt teignes se partagent en deux groupes de nombre inégal, séparés l'un de l'autre, dans l'examen du cheveu, par des caractères saisissants.

Sept ou huit cas présenteront la spore grosse, et douze environ la spore petite.

Le cheveu des premiers présentera des spores aussi grosses qu'un globule sanguin, toutes contenues dans des tubes mycéliens, visibles sans aucune coloration, et enfin tous les tubes sporifères sont contenus dans le cheveu sans qu'ils dépassent jamais son enveloppe.

Laissons de côté tout fait accessoire, il restera pour caractériser ces cas deux points primordiaux:

1° La grosseur considérable de la spore (7-8 μ).

2° Et ce fait que jamais le parasite n'enveloppe le cheveu (1).

Ces cas constituent 35 0/0 de la totalité des teignes tondantes. Et il me paraît naturel d'assigner à cette forme parasitaire dont je démontrerai tout à l'heure l'entité par les cultures, un nom qui rappelle son caractère primordial, celui qui fera porter au clinicien, fût-il le moins exercé, un diagnostic certain.

Je crois qu'on pourrait appeler cette forme : *Tricophyton mégalosporon* ou *macrosporon*.

Mais parmi les vingt enfants teigneux pris pour exemple, chez douze d'entre eux au moins, c'est-à-dire dans la majorité des cas, les cheveux malades se présenteront avec de tout autres caractères.

Les cheveux sont remplis et comme bourrés de très fines spores de 3 μ à peine de diamètre. Elles sont toutes contiguës, irrégulièrement juxtaposées, jamais on ne voit, même après coloration, aucun mycélium qui les relie l'une à l'autre.

Enfin, non seulement elles occupent la totalité du cheveu, mais (sur

manifeste. Avec une aiguille on retire un à un les cheveux pour les porter dans un cristallisoir rempli d'eau distillée. En quelques minutes ils sont débarrassés des cristaux de potasse. On les reprend alors avec la même aiguille et on les porte un à un dans une goutte de glycérine sur une lame porte-objet. On recouvre d'une lamelle qui est sertie à la paraffine ou au *masken-lake*.

Les cheveux et surtout les squames s'examinent très bien sans coloration. Si on désire les colorer on remplace, dans le montage, la goutte de glycérine par une goutte d'eau éosinée ou fuchsinée au 1/500.

Comme on le voit, nous n'ajoutons rien aux procédés maintes fois décrits, que ce qui est nécessaire pour rendre la préparation durable.

(1) En dehors de ces particularités, la cassure du cheveu ne fractionne pas tous les tubes mycéliens au même niveau et ils dépassent inégalement la cassure. Quand on trouve hors du cheveu un fragment errant de mycélium, on trouve vite l'effraction du cheveu, survenue dans le montage, et qui lui a livré passage.

Presque jamais dans ces cas, on ne trouve les éléments du follicule envahis par le parasite. On ne trouve parmi eux que de rares trousseaux mycéliens, dont la sporulation est moins évidente que dans les tubes mycéliens contenus dans le cheveu.

le cheveu traité par la potasse) elles le débordent pour lui former un large fourreau de spores contiguës (1) (pl. I, fig. 2).

Ainsi donc, et négligeant les caractères secondaires, nous voyons deux éléments primordiaux :

1° La petitesse extrême de la spore, sans mycélium ;

2° L'enveloppement du cheveu par une couche externe de spores contiguës.

N'est-il pas aussi rationnel d'assigner à cette forme de trichophyton, dont l'entité va nous être semblablement démontrée par les cultures, un nom qui rappelle son principal caractère, reconnaissable au seul examen microscopique. C'est le trichophyton à petites spores, ou si l'on veut, *microsporon*.

C. *Conclusions des faits énoncés.* — Ces observations appuyées sur plus de cent examens, vérifiés tous par la culture, nous permettent de conclure par les propositions suivantes :

I. — Dans tous les cas sans exception l'examen du cheveu teigneux permet le diagnostic du type trichophytique auquel appartient une teigne quelconque.

II. — Ou bien la spore est grosse et le parasite ne forme jamais au cheveu une enveloppe même partielle.

III. — Ou bien, ce qui est un peu plus fréquent, la spore est petite et le cheveu est comme engainé de spores contiguës.

Or, ces propositions sont loin de rester stériles cliniquement si l'on y ajoute une quatrième que voici :

IV. — Presque toutes, et cliniquement on peut dire toutes les trichophyties de longue durée, connues sous le nom de teignes rebelles, appartiennent au type trichophytique, caractérisé par la spore petite et engainant le cheveu.

Quand nous avons remarqué pour la première fois cette coïncidence que nous avons recherchée dès le début, nous n'avions que quelques exemplaires de cette forme grave de la teigne et nous ne pouvions conclure sur un si petit nombre de cas.

Et comme, d'autre part, même aujourd'hui, nos petits malades qui ont vérifié cette règle ne formeraient pas un total assez imposant, nous avons été chercher nos preuves à l'école des teigneux.

Grâce à l'obligeance de M. le Dr Butte, à qui M. le Dr Quinquaud a confié la direction de cette partie de son service, nous avons pu faire l'examen microscopique des cheveux et les cultures de toutes les

(1) Ce fait se produisant *constamment* après l'ébullition du cheveu dans la solution potassique, et ce traitement étant d'ailleurs nécessaire pour l'examen du cheveu, il nous paraît superflu de discuter si ce fourreau de spores existe autour du cheveu vivant ou si sa formation est due aux manœuvres de la préparation et du montage. Ce qui est important et indiscutable, c'est ce que le fait se produit constamment et seulement pour le cheveu envahi par les petites spores.

teignes en traitement depuis plus d'un an. Une seule exception sur 21 cas rebelles est venue infirmer la règle ; nous possédons toutes les préparations de cette série; sauf l'exception précitée, elles sont identiques. Et la seule réserve que nous ayons à formuler vient de ce que cette règle ne s'appuie encore que sur 21 cas de teignes ayant eu une durée de un à 4 ans.

III. — Vérification par les cultures, des propositions énoncées

Nous avons dit qu'une étude de bactériologie pure sur les trichophytons, poursuivie dans le laboratoire et indépendamment du malade, ne saurait être que de nulle valeur pour le médecin.

Mais inversement on peut affirmer que dans la question tout progrès, même médical, devra s'appuyer sur une étude bactériologique.

Les caractères différentiels des cheveux teigneux sont au microscope d'une évidence surprenante, les contagions d'école ou de famille nous montrent la perpétuité, la stabilité des caractères différentiels pour chaque type.

Cependant nous n'aurions pu sur ces seules observations *affirmer* la pluralité des espèces trichophytiques sans le contrôle des cultures.

Elles apportent ici un critérium, exigible d'ailleurs en ces matières, et qui est, on peut le dire, décisif.

Étant donnés ces deux types, à grosses et à petites spores reconnaissables au microscope :

Si toujours le parasite à grosses spores prélevé sur 40 individus, donne une culture identique à elle-même ;

Si ces cultures invariablement semblables entre elles ne peuvent par aucun moyen, sur aucun milieu, être ramenées au type également fixe des cultures fournies par le cheveu à spores petites, c'est qu'il y a bien réellement entre les deux types une différence spécifique, que l'un est irréductible à l'autre. *Qu'il s'agit en un mot d'espèces botaniques différentes.* — C'est ce que nous allons démontrer.

Qu'on sème comparativement sur les mêmes milieux nutritifs la racine d'un cheveu envahi par le trichophyton à grosses spores, et la racine d'un cheveu rempli par les spores petites (1).

(1) La technique à suivre pour l'ensemencement des teignes des cheveux et de la barbe est des plus simples.

Les cheveux ou les poils sont extraits par épilation, avec une pince flambée, sans qu'il soit utile de faire au préalable aucune antisepsie de la région.

Ils sont portés un à un et immédiatement, entre deux lames de verre, flambées d'avance et refroidies. Ils peuvent ainsi attendre plusieurs heures l'ensemencement.

Quand on veut pratiquer celui-ci, avec une aiguille fer de lance ou un scarificateur

Les deux cultures resteront inertes pendant quatre jours. C'est seulement le soir du quatrième jour ou le cinquième qu'à la surface de chaque point d'ensemencement un très fin duvet paraîtra.

Dès le sixième jour, la différence entre les deux cultures sera très accusée, car le cheveu à grosses spores aura produit une petite houppe aérienne très drue et très serrée de duvet blanc, tandis que la culture due à la petite spore aura surtout poussé dans l'épaisseur du milieu, et par transparence montrera un mycélium profond radié comme un soleil.

Ces différences se continuent et s'accusent, nous ne pouvons toutes les énumérer ici, et nous parlerons simplement du fait caractéristique qui permet de distinguer sans faute une culture de l'autre à l'état *adulte.*

Examinée 15 à 18 jours après l'ensemencement, la culture d'un cheveu à grosse spore montrera une culture aride, d'un aspect poudreux et comme farineux qui n'est jamais d'un blanc pur (1).

flambé, on sectionne en tout petits fragments, la racine de chaque poil malade. Une seule racine, même épilée incomplètement, peut fournir ainsi jusqu'à cinq et six fragments, c'est-à-dire cinq ou six cultures.

Chacun de ces segments minuscules est pris à la baguette de platine et porté sur le milieu choisi. On peut ainsi obtenir jusqu'à 15 et 18 cultures, *pures d'emblée, sans un manque, même en l'absence de toute antisepsie préalable de la région malade.*

Normalement, la racine d'un cheveu sain est stérile — affirmation qu'il est facile de vérifier. Et dans la teigne tondante vulgaire, la pratique montre que le trichophyton existe à l'état de pureté, dans la racine du cheveu atteint. Dans les trichophyties déjà traitées par des irritants, cette proposition n'est plus vraie. Dans ces cas, dans les trichophytons avec *kérion* et pour les sycosis parasitaires on se servira des méthodes de séparation qui seront indiquées à propos des trichophyties circinées des régions glabres.

(1) Voici en résumé les caractères de cette culture :

Le trichophyton à grosses spores vulgaire se développe au bout de quatre jours, et pousse d'abord une petite houppe de duvet aérien, d'un blanc de neige, qui augmente de volume, sans que dans la profondeur du milieu, la pousse du mycélium profond dépasse notablement le pourtour de la culture. Vers le quatrième jour dans un bon milieu (moult de bière gélosé) la houppe de duvet commence à paraître comme saupoudrée de farine. Cet aspect s'accentue et bientôt toute la culture est devenue poudreuse (culture adulte). Elle forme alors un bourrelet saillant, circulaire de 1/2 à 1 centimètre de diamètre, ayant un ombilic central plus ou moins net. Le pourtour est quelquefois marqué par un sillon creusé dans la gélose. Vue de dos par transparence, cette colonie *en bouton* est marquée d'une tache brun foncé. Au bout de trois semaines, la poussière superficielle de la colonie est devenue d'un brun très pâle. Alors aussi de sa périphérie sont partis dans la profondeur du milieu, des rayons *arborescents* « en feuilles de fougère ». Quand ces rayons effleurent la surface, leur dos est marqué de la même poussière blanchâtre (organes de fructification).

Sur gélose simple peptonisée, les caractères de différenciation sont mieux marqués durant les premiers jours qu'après longtemps. D'abord duveteuses, comme les autres, après quinze jours elles sont devenues farineuses, mais en outre elles présentent un fait qui mérite de fixer l'attention. Une culture de même provenance peut

Dans le même temps la culture du trichophyton à petites spores a pris et gardé, et gardera dans la suite l'aspect d'un duvet d'un blanc parfait (1).

donner sur gélose peptonisée des cultures filles différant les unes des autres *par la coloration du milieu* nutritif. Cette couleur, disposée en cocarde, peut être rouge violet, rouge rose, ou rouge brun et peut manquer totalement. J'ai cru d'abord à un parasitisme des cultures. Mais ces cultures sont pures. Il s'agit probablement d'une réduction plus ou moins complète des aliments azotés du milieu nutritif. La coloration serait due à la production de composés tyrosinés. Nous aurions certainement cru à des fautes de technique de notre part sans l'avis contraire de M. le professeur Duclaux.

Sur pomme de terre, la culture forme une trace brune, à peine mamelonnée, entourée d'un liséré de poussière brun pâle. Au pourtour de la culture, la pomme de terre prend une couleur brune, plus ou moins accusée.

Sur moult de bière liquide, les caractères ressemblent à ceux que la culture prend sur le moult de bière gélosé; dans la profondeur : îlots brunâtres « limoneux », en surface : poussière blanche. Ces îlots flottants se soulèvent et se contournent à la longue irrégulièrement.

Sur le bouillon, même aspect, mais la couleur générale de la culture est moins foncée.

Sur gélatine, colonie contournée, mamelonnée, cérébriforme, d'un blanc jaune.

Comme pour toute culture de trichophyton, la culture reste vivante aussi longtemps que le milieu reste humide. Nous avons des cultures datant du mois de mai, qui, en novembre, ont fourni des semences vivantes. Ceci, contrairement aux affirmations de plusieurs auteurs, qui donnent à la culture une existence de 6 ou 7 semaines. Nous n'avons jamais vu que dans un milieu nutritif humide, la culture cessât jamais de s'accroître. En un mot, le phénomène de la *vaccination du milieu* ne se produit pas.

(1) La culture du trichophyton à petites spores, comme celle du précédent, s'aperçoit à l'œil nu le soir du 4e jour ; et cela quelle qu'ait été la température ambiante, à moins qu'elle ne soit descendue plusieurs heures au-dessous de 15°.

Gélose au moult de bière. — Les rameaux aériens sont très peu marqués au début. Le 6e jour, en regardant la culture par transparence on voit que le mycélium profond partant de la semence comme d'un centre, a formé autour d'elle des rayons égaux, la colonie paraît alors exactement ronde et rappelle dans la profondeur du milieu l'aspect de la graine soyeuse du peuplier.

Peu à peu les rameaux aériens augmentent de longueur et de nombre. Le centre est marqué par une saillie duveteuse plus serrée. Le pourtour forme un tapis de duvet toujours exactement circulaire et du blanc le plus pur.

A la longue, au bout de 3 semaines environ, autour de ce duvet, un cercle de duvet nouveau apparaît, laissant ordinairement entre lui et le duvet central un espace circulaire presque glabre. A cette époque le mycélium de la profondeur ne dépasse plus beaucoup le duvet aérien de la surface.

Sur pomme de terre, la culture s'accuse d'abord par une traînée rouge ressemblant à du sang desséché. C'est sur cette trace que paraît peu à peu le duvet aérien formant des touffes isolées qui se rejoignent bientôt. La culture adulte garde autour des touffes blanches le liséré rouge visible.

Sur gélose simple, les caractères différentiels avec le trichophyton à grosses spores sont moins marqués, ils ressemblent à ceux qu'offre la gélose au moult de bière, mais moins accusés.

Sur moult de bière liquide et sur bouillon, duvet immergé n'ayant pas le rebord frangé et l'aspect limoneux du trichophyton à grosses spores. Duvet saillant au

Ce caractère différentiel est absolument constant et ne présente aucune exception. Sur l'examen microscopique d'un cheveu, on peut affirmer d'avance les caractères de la culture, sans craindre de se tromper jamais.

Elle sera poudreuse si la spore est grosse ; si la spore est petite, elle aura toujours l'aspect d'un duvet.

Inversement sur les caractères de la culture on peut affirmer quelle spore contenait le cheveu qui lui a donné naissance.

Ce caractère primordial est fixe. Aucun passage sur aucun milieu ne le fera disparaître.

La culture étant inoculée, si on reprend le germe sur le vivant on aura de nouveau la même culture que la culture originelle.

Il s'agit donc ici non pas de variétés à caractères transitoires, mais d'espèces véritables à caractères différenciés et immuables : confirmation définitive de ce que les contagions de famille et d'école nous avaient appris par l'examen microscopique (1).

IV. — Caractères cliniques différentiels des deux types cryptogamiques de la teigne tondante.

Pour compléter cette dichotomie de l'ancien type clinique de la teigne tondante, il nous faudrait donner le moyen de différencier *à l'œil nu* la teigne tondante produite par le trichophyton à grosses spores de celle que cause le trichophyton à spores petites.

Mais pour établir ces symptômes différentiels il faudrait un grand nombre d'examens cliniques et microscopiques de trichophyties encore vierges de tout traitement.

Or, parmi nos malades, la plupart étaient traités antérieurement à nos recherches. Nous pouvons affirmer déjà qu'il sera très difficile de trouver entre les deux types cliniques des différences bien *nettes* et *constantes*.

centre, moins touffu et moins haut à la périphérie. Les îlots sont arrondis. L'aspect de la culture est élégant.

Tapis duveteux sur la gélatine.

Jamais sur aucun milieu, la colonie de trichophyton à petites spores qui reste toujours duveteuse ne prend l'aspect farineux que les cultures du trichophyton à grosses spores présentent constamment.

(1) Ici s'arrêtent les résultats de nos études qui nous paraissent définitivement établis et prouvés.

Parmi les faits dont il nous reste à parler, les uns concernent des cas trop peu nombreux pour amener à des conclusions absolues, les autres demanderont de longs mois d'étude comme les particularités botaniques des espèces, et, on le verra plus loin, des variétés.

De même aussi les inoculations. Enfin et surtout la symptomatologie particulière et en quelque sorte personnelle des espèces cryptogamiques décrites.

Sans vouloir présenter de chacune autre chose qu'un schéma grossier, on peut dire :

1° La trichophytie dans laquelle on trouve les grosses spores a une plaque maîtresse plus souvent grande que petite, irrégulière, présentant sur ses bords des touffes de cheveux sains qui empiètent sur la circonférence de la plaque malade.

L'aspect de cette plaque est très alopécique parce que les cheveux malades sont *cassés très court*. Le cheveu, difficile à épiler à cause de son peu de saillie, est plutôt *gros* qu'atrophié. Quelquefois il *ne paraît que comme un point noir* à l'orifice folliculaire. Et quand ce fait existe on peut pour ainsi dire affirmer qu'il s'agit d'un trichophyton à grosses spores. Ordinairement cette trichophytie avec une plaque maîtresse considérable a peu de plaques secondaires, sur le cuir chevelu.

2° La plaque trichophytique due au parasite à petites spores est de contours arrondis, ronde ou oblongue, elle ne dépasse guère 5 centimètres de diamètre et elle peut être plus petite.

La plaque forme fréquemment au début un relief sensible au doigt sur les parties avoisinantes, son derme est comme épaissi et infiltré.

Le cheveu malade est ordinairement fin et comme atrophié, il est de règle presque constante que le cheveu cassé fait au-dessus de l'orifice pilaire une saillie *de plus de* 3 *millimètres*.

Si l'on veut un schéma encore plus bref de ces différences symptomatiques, on peut dire :

Cheveu gros, cassé court — grosses spores.

Cheveu fin, cassé long — petites spores.

Mais nous rappelons qu'il n'y a ici rien de la rigueur des faits précédemment énoncés. Les caractères différentiels cliniques et macroscopiques des deux teignes tondantes restent à étudier et à fixer (1).

(1) Nous relevons dans nos cahiers, les remarques suivantes :

1° Toutes les fois que la plaque trichophytique des cheveux semble rasée au rasoir, la spore est grosse.

2° Le poil qui à l'épilation vient entier, et dont la racine est couverte d'une gaine grasse ne se rencontre guère que dans des trichophyties qui guérissent. Si c'est dans une trichophytie en pleine activité, c'est le trichophyton à grosses spores.

3° Toutes les fois qu'une plaque trichophytique se présente avec des cheveux sains nombreux, recouvrant un gazon de cheveux follets assez longs, gris et décolorés, quelquefois couchés et collés sur la plaque : petites spores.

4° Quand la plaque, au lieu d'être déprimée et atrophique comme elle l'est habituellement dans les teignes de longue date, fait un relief sur le cuir chevelu avoisinant, relief quelquefois d'une teinte gris ardoisé, il y a probabilité de spores petites.

5° La petite spore se traduit aussi quelquefois par les caractères suivants :

Petite plaque ronde, sur la surface de laquelle à un ou deux millimètres les uns des autres paraissent des cheveux malades. Ces cheveux sont d'un diamètre à peu près normal, coupés à 3 millimètres de longueur environ, et tous à une longueur

V. — Trichophyties de la barbe

Aucun cas clinique où le trichophyton pouvait être soupçonné n'ayant été écarté par nous, nous avons étudié plusieurs trichophyties de la barbe, toujours d'après la même méthode, comportant l'examen clinique, histologique et bactériologique.

Cliniquement nous avons observé des trichophyties en médaillon, en nappes, en clairières. Elles se présentaient toutes avec un poil malade très analogue : poil gros, décoloré, cassé court, à un millimètre 1/2 de la peau, environ, ayant une collerette épidermique sèche. L'épilation n'en amène qu'un fragment. Jamais la partie émergente du poil ne présente de faux plis (1).

Et l'identité des cas étudiés est telle qu'on peut dire :

Il est très probable que le trichophyton à grosses spores est la cause de la presque totalité des cas de trichophytie de la barbe (trichophytie sans folliculite, sans sycosis) (2).

De ce fait il résulte qu'un père contaminé par son enfant, prouve presque absolument le type trichophytique (à grosses spores) que l'enfant présentera : Un homme vient à nous, porteur d'une trichophytie circinée de la nuque et d'une trichophytie pilaire de la barbe. Il nous amenait son enfant atteinte de teigne tondante. Nous avons pu prédire qu'il s'agissait d'une teigne à grosses spores, par conséquent bénigne. (L'enfant a été guérie en 3 mois.)

Le microscope a affirmé de suite et la culture a vérifié cinq jours après la vérité du diagnostic porté par nous *a priori* (3).

La rareté relative de la trichophytie de la barbe ne nous a permis d'étudier que six cas de cette affection. Les résultats qu'ils nous ont fournis sont clairs et précis. Leur petit nombre seul nous fait faire quelques réserves dans nos conclusions à ce sujet.

égale. Une collerette épidermique sèche, les engaine jusqu'à un millimètre au-dessus de leur émergence du follicule. Enfin ces cheveux n'ont pas une direction rectiligne. Dans leur courte longueur, ils ont de véritables faux plis. Ils sont « cassés en bois vert ».

N. B. La collerette épidermique sèche se rencontre aussi bien dans l'une que dans l'autre des deux espèces trichophytiques.

(1) Histologiquement nous n'avons jamais rencontré que la spore grosse. Le poil nous a donc toujours fourni la culture farineuse.

(2) La trichophytie avec sycosis, par un hasard singulier, ne s'est encore jamais présentée à notre examen.

Nous l'assimilerions volontiers aux folliculites agminées trichophytiques des régions glabres qui sont causées aussi par *un* trichophyton à grosses spores.

(3) Le type à grosses spores des teignes de la barbe s'accorde par sa bénignité relative avec le pronostic également bénin des trichophyties à grosses spores du cuir chevelu chez l'enfant.

VI. — Trichophyties circinées tégumentaires

Dès que nous avons commencé l'étude de cette partie de notre sujet nous avons vérifié pleinement les quelques mots écrits sur la matière (*loc. cit.*) par M. Balzer : « Dans presque toutes les trichophyties circinées tégumentaires, on trouve un trichophyton à spores grosses ».

Le nombre déjà considérable des cas de trichophyties circinées que nous avons examinées et cultivées (1) avec succès nous permet de généraliser cette formule : *La trichophytie cutanée des régions glabres est l'œuvre du trichophyton à grosses spores* (2).

La déduction clinique qui s'impose est celle-ci :

Quand un même enfant est porteur d'une trichophytie du cuir che-

(1) Les cultures de trichophyton tégumentaire ont été pratiquées ainsi : Les squames sont prises par raclage à la curette, après une antisepsie superficielle, à l'alcool, de toute la région malade.

On les recueille sur une lame préalablement flambée. Les squames recouvertes ensuite d'une autre lame stérile peuvent attendre quelques heures l'ensemencement, comme le cheveu.

Ces squames ensemencées par minuscules parcelles disséminées sur le milieu nutritif donnent des cultures constamment impures, sauf exceptions rares ; mais cultures parmi lesquelles 1 ou 2 tubes sur 4 permettent, on peut dire toujours, de de reprendre une colonie purement pour l'ensemencer sur un tube neuf.

Contrairement à ce qu'on a dit, même dans les cas de trichophyties phlegmoneuses, il est toujours relativement facile d'arriver à obtenir le trichophyton causal. La seule précaution est d'ensemencer d'assez nombreux tubes, six ou huit dans les cas difficiles.

En cas de folliculite intense, scarifier la région et recueillir le sang pour l'ense, mencer de suite est un *excellent* procédé de M. Duclaux qui nous a parfaitement réussi. Les ensemencements de séparation doivent être pratiqués sur gélose glucosée (2 1/2 0/0) ou sur moult de bière gélosé. Il n'y a pas besoin de faire de plaques de Petri, les tubes ordinaires suffisent parfaitement. La température optima pour les séparations est 18 ou 20°. Les tricophytons ne subissent presque aucun retard à cette température, et la croissance des microbes d'impureté y est considérablement retardée.

Enfin dans les cas particulièrement difficiles, nous conseillons d'employer pour milieu de séparation, le moult de bière passé plusieurs fois à l'autoclave à 125° et additionné de 2 0/0 de sucre. Les trichophytons y poussent très lentement, et un peu déformés, c'est vrai, mais la plupart des microbes n'y poussent pas du tout.

(2) Dans un seul cas sur la totalité de nos recherches, nous avons observé chez un enfant atteint de plaques multiples de teigne tondante, causées par le trichophyton à petites spores, un cercle formé en partie aux dépens du cuir chevelu, en partie aux dépens de la peau du front.

Dans cette portion il ne se traduisait que par une dépigmentation de la peau sans autres lésions de l'épiderme.

La dépigmentation résultait d'une desquamation prématurée de la couche cornée. Le raclage de cette partie de la lésion a fourni à la culture le trichophyton à petites spores identique à celui des cheveux. Le parasite végétait donc aussi dans la peau. Ce cas est resté absolument isolé. Et tout nous porte à croire que le fait est d'une très grande rareté.

velu et de plaques circinées tégumentaires : l'une et l'autre sont dues au trichophyton à grosses spores ou bénin.

Pareillement, quand dans une même famille une teigne tondante se rencontre chez un enfant, une plaque circinée chez un adulte : il s'agit du tricophyton à grosses spores.

La constatation uniforme de ces faits porte à penser que le trichophyton à grosses spores est plutôt un parasite de l'épiderme comme le microsporon furfur qu'un parasite du cheveu. Il peut, il est vrai, envahir le cheveu chez l'enfant, mais il y est moins fréquent que le trichophyton à petites spores, et de plus sa vitalité et sa résistance y sont beaucoup moindres, puisque on le voit si rarement en cause dans les teignes rebelles.

Inversement, le trichophyton à petites spores, s'il peut végéter dans l'épiderme n'y cause point de lésions actives. C'est plutôt un parasite du cheveu. Il s'y cantonne exclusivement. Sa vitalité y est grande, sa résistance aux agents thérapeutiques y est considérable, et on le voit, pour ainsi dire exclusivement, causer les teignes rebelles.

VII. — Cas anormaux. Multiplicité des types trichophytiques

De tout ce qui précède, on doit conclure avec nous, que l'homme est sujet à deux formes de teignes trichophytiques qui se partagent la *totalité* des cas ; et que tout cas de trichophytie humaine doit forcément rentrer dans l'une ou l'autre des deux formes décrites.

Cliniquement cela est vrai, et dans une série de vingt observations on a toutes chances de ne voir survenir aucune exception. Cependant ces exceptions existent et nous connaissons, en outre des deux types trichophytiques décrits, quatre espèces nouvelles.

Ces quatre espèces, envisagées à un point de vue général, appartiennent, selon nous, à deux catégories dissemblables.

Deux de ces espèces sont tellement proches du trichophyton à grosses spores que nous connaissons, que bien qu'elles s'en distinguent par des caractères secondaires *demeurés jusqu'ici absolument héréditaires et permanents*, il n'est pas impossible de supposer que ce sont de simples variétés du type ordinaire, et qu'après une série d'ensemencements et de transferts suffisamment prolongée, on pourra leur voir faire retour au type primitif.

En tous cas, rien ne s'oppose à croire que ce sont bien là, malgré leur rareté relative, des types de teignes humaines. (Une de ces formes a été neuf fois trouvée par nous sur l'homme dans des lésions trichophytiques des régions glabres.)

Deux autres cas au contraire nous ont donné des parasites nouveaux qui s'éloignent par presque tous leurs caractères des types que nous avons décrits.

Ils appartiennent au même groupe botanique que les précédents, ceci nous pouvons l'affirmer en toute sécurité, mais leurs différences de culture extrêmement tranchées, jointe à leur rareté excessive sur l'homme (de ces deux formes nous n'avons eu pour chacune qu'un seul exemple) nous porte à penser qu'il s'agit là de teignes animales dont la contagion à l'homme a été accidentelle (1).

Quoi qu'il en soit et ne pouvant avoir sur ces quatre espèces, des conclusions plus affirmatives, nous ne pouvons qu'exposer les faits, tels qu'ils se sont offerts à nous :

A. *Deux cas de trichophyton à grosses spores anormaux.* — 1[er] Trichophyton à grosses spores inégales — Une enfant de 10 ans, Thérèse C..., se présenta à notre examen avec une énorme plaque de teigne tondante : plaque irrégulière de contours, sur la surface de laquelle pas un cheveu n'était visible autrement que comme un point noir à l'orifice folliculaire. Chaque point très gros ressemblait à un comédon. Cette plaque s'était développée en quinze jours. Aucun commémoratif ne put être relevé indiquant l'origine de la contagion.

L'épilation des poils ou plutôt des racines malades fut extrêmement difficile. A l'épilation on put voir qu'à l'orifice pilaire, le poil était contourné comme dans certains cônes de la kératose pilaire vulgaire.

A l'examen microscopique, les racines se montrèrent remplies d'un trichophyton à *grosses spores inégales*, parmi lesquelles on rencontrait par places, quelques sphérules à double contour, trois ou quatre fois plus grosses que les spores. Et en outre de ce fait que je n'ai jamais vu se reproduire, il n'y avait entre chaque spore aucune apparence de mycélium continu. Or, le mycélium visible unissant les spores, est un fait constant dans le trichophyton à spores grosses, et ce cas tout seul a fait exception à la règle. (Voy. Planche II, fig. 2).

J'attendis donc des cultures anormales. Elles furent presque exactement semblables à celles du trichophyton à grosses spores ordinaires. Cependant sur la gélose au moult de bière, elles sont plus montueuses, plus irrégulières, fortement colorées et d'une couleur grise très accentuée. La même différence existe sur les milieux liquides. La même dans les cultures sur pomme de terre.

Ces caractères différentiels se maintinrent identiques sur plus de vingt cultures faites ensemble. Elles se sont maintenues depuis trois mois en dépit de tous les passages réitérés vingt fois sur tous milieux. Je crois à la fixité de l'espèce.

(1) A l'appui de cette opinion nous pouvons fournir celle de M. le prof. Duclaux, qui trouve aux cultures du premier de ces cas, au moins beaucoup de ressemblances avec les cultures de la teigne du chien ; et au second, des caractères d'analogie avec une teigne animale, observée par lui autrefois et qu'il croit se rappeler être celle du coq. Nous espérons prochainement avoir des certitudes à cet égard.

2° Trichophyton à grosses spores à centre duveteux. — Mon collègue et ami Berdal a présenté au mois de juin dernier à la Société de dermatologie un cas de trichophytie circinée du tronc chez un adulte. Il s'agissait de plaques très larges, à relief saillant, plaques vésiculeuses, rappelant les folliculites agminées.

Le trichophyton qu'il en a isolé et cultivé diffère assez notablement du trichophyton à grosses spores ordinaire.

Et les cultures que je lui dois sont identiques en tous points à celles que huit cas semblables m'ont fournies personnellement.

Et il importe de dire que de ces huit cas, l'un se présentait sous la forme de folliculite agminée typique, dont le malade portait sept médaillons de diverses dimensions sur les deux bras. Deux autres étaient du kérion Celsi. Or, dans ces formes de trichophytie je n'ai jamais rencontré le trichophyton à grosses spores vrai. Il semble donc, mais ceci sous toutes réserves, que ce trichophyton, qui peut déterminer la trichophytie circinée vulgaire, est le seul qui puisse causer les trichophyties à forme de folliculite.

Sa culture adulte sur le moult de bière est très caractéristique. Le centre est une houppe de duvet épais, blanc. A son pourtour existe une plaque d'un blanc moins pur qui a l'aspect poudreux des cultures du trichophyton à grosses spores. Enfin la périphérie est occupée par les rayons arborescents de toutes les cultures de ce groupe. Ces rayons se voient par transparence, et à la surface du milieu sont indiqués par un court duvet laineux (1).

De tous les trichophytons, c'est celui qui présente la culture la plus active.

Mes cultures de ce type sont trop récentes pour que je puisse affirmer qu'il y a là une espèce irréductible aux autres, et qu'elle ne pourra être ramenée au type primitif par des passages plus ou moins nombreux.

B. *Trichophyties anormales de l'homme, provenant peut-être de teignes animales.* — 1° Trichophyton à cultures noires. (Je dois ce cas à mon excellent ami M. le Dr Jeanselme.) — Un homme revint du Soudan, ayant contracté pendant son retour une trichophytie circinée de la peau qui se présentait avec les caractères suivants :

A. Un médaillon fessier de diagnostic facile : plaque parfaitement ronde, de 7 centim. de diamètre, formant un relief à pic, ayant une surface sèche érythémateuse et légèrement desquamante.

B. Un large placard de 15 cent. de longueur, formé de cercles agmi-

(1) Les cultures sur milieux liquides sont très spéciales. Tapis continu sur la surface du milieu. Couleur blanc pur. Sur la surface percée de pores on voit de minuscules gouttes de liquide saillantes, qui disparaissent à la longue. Elles sont presque identiques aux cultures sur même milieu du Botrytis Bassiana de la muscardine.

nés et se pénétrant ; placard situé à la face interne de la cuisse et de même aspect objectif que le précédent.

Les squames examinées montrèrent une intrication de myceliums fins, irrégulièrement cloisonnés. Quelques rameaux myceliens étaient remplis de spores myceliennes. Les cultures, faites en partie double par M. le Dr Jeanselme et par moi, furent presque pures d'emblée, quatre sur huit furent absolument pures. Toutes montrèrent le même parasite.

Sa culture caractéristique est, sur le moult de bière, une saillie ronde, acuminée, plus rarement ombiliquée, absolument sèche et sans duvet, ni poussière. Cette saillie peut être d'un jaune très foncé, le plus habituellement elle est d'un brun presque noir. (Quelquefois ces cultures se recouvrent d'un court duvet blanc.)

En examinant le milieu par transparence, on voit que la colonie est entourée d'une large auréole constituée par le mycelium profond.

Plus tard, en surface sur cette auréole périphérique, on voit pousser à la surface du milieu un duvet aérien à peine perceptible (1).

2° Trichophyton à cultures roses. — Le malade était un homme présentant une trichophytie de la barbe absolument analogue aux trichophyties pilaires sèches, et que rien ne désigna comme particulière. Par un accident de laboratoire, les poils recueillis pour l'examen microscopique furent perdus. J'ignore si cette teigne présente au seul examen microscopique des caractères différentiels.

La culture typique est sur gélose au moult de bière. C'est un duvet très court, très serré, peu saillant et d'un rose tendre. Le mycelium de la profondeur est très dur, difficile à rompre. Sa couleur est d'un rose violacé, *framboise* (2).

Ces deux derniers types de trichophyton sont restés immuables dans leurs caractères de culture, en dépit de tous les passages sur tous milieux.

Il s'agit bien là d'espèces distinctes (3).

(1) *Sur gélose*, culture glabre d'aspect humide, relief central acuminé jaune serin, quelquefois aréole de même couleur. Par transparence la culture forme un disque régulier.

Sur la pomme de terre, culture sinueuse, montueuse, d'un gris de lin très pâle, entourée d'un liséré plat de même couleur à ourlet régulier.

Sur le bouillon et le moult de bière, culture humide à peu près glabre, en forme de petites calottes agminées jaunâtres.

(2) La culture sur *bouillon* rappelle celle du trichophyton à petites spores, la teinte rose y est à peine marquée. De même la culture sur *gélose* simple.

La culture sur *moult de bière liquide* est typique. Duvet court très serré et rose, formant un placard qui se plisse *régulièrement* de façon à adosser l'une à l'autre les surfaces duveteuses. Sur *pomme de terre*, culture aride saillante sinueuse, d'un blanc argenté très accusé, à liséré irrégulier et déchiqueté.

(3) Anticipant sur le chapitre suivant, nous pouvons dire que les cultures en cellule de ces deux parasites spéciaux se rapportent au type des Botrytis comme celles de tous les trichophytons que nous ayons jamais rencontrés.

VIII. — Première étude mycologique des parasites isolés

Il nous faut entrer dans quelques détails préalables sur les mucédinées dont les trichophytons font partie. Ces détails sont nécessaires pour fixer les idées. Faute de les avoir suffisamment en mémoire, plusieurs des auteurs qui ont traité des trichophytons sont tombés, croyons-nous, dans des erreurs graves.

On désigne sous le nom d'Hyphomycètes tous les champignons myceliens dont le seul mode de reproduction connu est la spore externe asexuée portée sur un arbuscule, désigné sous le nom d'hyphe sporifère.

Les hyphomycètes comprennent le groupe des *dématiées* (Saccardo) dont le thalle et les spores sont colorés, et les *mucédinées* dont le thalle et les spores sont blancs ou incolores.

Tous ces champignons peuvent, soit à l'état parasitaire, soit quand les conditions de vie leur deviennent défavorables, former dans chaque cellule de leur mycélium une fausse spore ou spore mycélienne, capable de germer, et de reproduire la plante.

Dans ces conditions de souffrance, le plus souvent l'hyphe sporifère ne se produit pas et la reproduction reste confiée à la spore mycélienne (cheveu teigneux).

Quand, au contraire, les conditions d'existence lui sont plus faciles, la plante se dévoloppe complètement et l'hyphe sporifère paraît.

Comme pour les autres plantes, c'est sur la forme de la fructification qu'on a classé les mucédinées.

Ces faits sont simples, mais ceux qui vont suivre le sont moins. Depuis les travaux des frères Tulasne, on sait qu'un grand nombre de champignons classés autrefois dans les mucédinées, ne sont que des formes alternantes de champignons, bien plus haut situés dans l'échelle et ayant des formes de reproduction sexuée.

Telle mucédinée, je suppose, qui dans l'état parasitaire n'avait que des spores mycéliennes, qui en culture sur un milieu médiocre fournissait seulement des hyphes sporifères, si on la cultive sur un milieu très favorable donnera, non plus des spores asexuées, mais des fruits provenant d'une reproduction sexuée.

Deux filaments se joignent l'un à l'autre, se vrillent l'un sur l'autre ou bien se juxtaposent dans leur longueur, leur extrémité terminale se renfle en un bouton qui s'accole au bouton du filament à lui conjugué. Et entre eux naît une spore sexuée, une zygospore (ζυγος, joug).

Ce champignon, qu'on pouvait croire une mucédinée simple, n'est donc pas une mucédinée, c'était une forme simplifiée d'une *zygosporée*, d'une *mucorinée* par exemple.

Mais si le milieu nutritif est excellent, le champignon schématique que nous étudions, fournira non seulement une spore sexuée, mais un

fruit. En un point du thalle, un feutrage épais de filaments mycéliens se formera, au sein duquel dans une enveloppe protectrice ou « perithecium » on verra naître des sacs ou asci (ἀσκός, outre) contenant chacun plusieurs spores.

La spore ainsi formée est une ascospore, la plante une *ascosporée*, une *périsporiacée* par exemple. L'exemple vulgaire qu'on en peut donner est la truffe.

Si on ajoute à ces détails que presque tous les champignons de ces groupes, en outre de ces divers modes de reproduction, peuvent former en un point quelconque de leur mycélium un renflement ovoïde, central ou excentrique ou latéral, formé d'une ou deux cellules mycéliennes très grossies, à double enveloppe (c'est ce qu'on appelle une oïdie), nous aurons toutes les formes de reproduction qu'on peut rencontrer dans leur étude. Et il faut savoir encore cependant qu'un fragment mycélien peut suffire à reproduire la plante par une véritable bouture, si aucune circonstance défavorable ne vient entraver son développement.

Ainsi : reproduction par le mycélium sans spores, reproduction par oïdie, par spore mycélienne, par spore asexuée, par zygospore, par ascospore, tels sont les divers modes qu'on peut s'attendre à rencontrer dans une étude botanique des trichophytons.

Au point de vue des formes de reproduction la spore mycélienne est celle que l'on trouve dans le cheveu. L'oïdie se rencontre très facilement dans toutes les préparations faites avec les cultures artificielles, quoiqu'avec une forme et une fréquence inégale suivant les espèces. On les trouve comme un renflement rond ou fusiforme sur un rameau mycélien, renflement ordinairement unicellulaire, quelquefois cependant biloculaire. On la trouve d'autres fois appendue à un rameau par un pédicule.

Mais ce n'est pas là un fruit vrai. La multiplicité de ses formes le démontrerait facilement à défaut d'autres certitudes.

La véritable forme de reproduction est l'hyphe sporifère, qui commence à se montrer vers le 8e jour dans les cultures, pour exister avec le plus d'abondance vers le 14e ou 15e jour (1).

(1) Tous les détails que nous donnons nous ont été fournis par nos cultures en gouttes suspendues en cellule. Des préparations extemporanées, faites avec des cultures en tube, sont toujours insuffisantes, elles ne montrent que des organes incomplets et des éléments dilacérés. La culture sur la lamelle même montre au contraire la plante dans son intégralité. Pour ceux qui ne sont pas familiers des procédés de technique bactériologique, voici comment se pratiquent ces cultures :

On fixe une lamelle dans une pince *Cornet* automatique, on la stérilise en la passant dans la flamme, et on la laisse se refroidir. La pince étant posée sur la table, la forme de cette pince maintient la lamelle horizontale avec sa face stérilisée *inférieure*. Avec une pipette stérile dont l'extrémité a été effilée et recourbée à la lampe on aspire aseptiquement quelques gouttes de bouillon et avec la pointe recourbée on

Quand on examine une culture en goutte suspendue au bout de 15 jours, on trouvera les hyphes sporifères innombrables et même quelques spores détachées auront germé. Sur une même préparation on pourra donc observer les formes jeunes et les formes adultes.

De nos examens répétés il résulte que l'hyphe sporifère des trichophytons est une grappe. Le rameau axile porte des rameaux latéraux non ramifiés supportant chacun une spore. Quelquefois le rameau latéral est bifurqué et supporte deux spores. L'ensemble rappelle une grappe de raisin.

Toutes les espèces que nous avons isolées ont cette forme de fructification décrite avant nous par MM. Duclaux et Verüjsky.

Comme ces auteurs, nous avons été frappé de l'analogie saisissante qu'il y a entre ces formes de fructification et celles du Botrytis Bassiana, le champignon de la muscardine du ver à soie.

Nous en avons des cultures comparatives qui peuvent établir ce fait : qu'il y a moins de différence entre tel des trichophytons et la muscardine qu'entre certains types trichophytiques différents. De ces faits, que nous ne pouvons discuter longuement ici, il ressort que les trichophytons sont des Botrytis.

Nous devons ajouter que toutes les espèces isolées que nous présentons offrent ce mode et *seulement ce mode* de fructification.

Est-ce à dire que dans des cultures en milieu plus riche, nous ne verrions pas apparaître la zygospore dont M. Duclaux a pu voir ce

va porter sous la face inférieure de la lamelle une gouttelette de ce liquide qui y reste suspendue. Puis on ensemence cette gouttelette avec une parcelle de la culture qu'on désire examiner.

La lamelle est ensuite portée sur une cellule contenant de l'eau. (La cellule es un petit cylindre de verre collé au ciment sur une lame porte-objet.) La lame ensemencée y est maintenue adhérente par un peu de vaseline. Ce petit appareil est porté à l'étuve.

A ce dispositif qui demande dans l'étuve plus de place que nous n'en pouvions disposer, nous en avons substitué un autre qui nous paraît plus simple et très commode.

On prend un tout petit tube à essai que l'on maintient vertical dans une éprouvette à pied ou un pot-ban en le calant avec de la ouate. On le remplit d'eau jusqu'à 2 centimètres de son orifice et sur cet orifice on colle à la vaseline, comme sur une cellule, la lamelle ensemencée en goutte suspendue.

Dans le tube, comme dans la cellule, l'eau a pour but de maintenir dans le milieu clos une atmosphère humide, empêchant la goutte de bouillon de s'évaporer. Le tube, l'eau qu'il contient, la vaseline nécessaire à l'adhérence n'ont besoin d'aucune stérilisation, et si la gouttelette de la culture est assez petite pour ne pas toucher aux parois du tube, il n'y a aucune chance de souillures.

Sur plus de cinquante cultures, nous n'en avons eu qu'une seule de souillée. Ces manœuvres sont délicates mais d'une exécution assez facile.

Il est inutile d'ajouter que la lamelle s'examinant renversée, c'est la face profonde de la culture qu'on observera. Si l'on veut voir sa face aérienne, la plus intéressante, au lieu de pratiquer la culture sur une lamelle, on la fera sur une lame porte-objet.

rudiment, ou même l'ascospore à laquelle il croit aussi ; à cette question nous ne pouvons répondre. Les éléments de la question que nous possédons ne nous permettent pas de la trancher. Nous avons vu l'hyphe sporifère affectant toujours le même type. A cela se borne ce que nous pouvons affirmer (1).

Quant aux modes de fructification décrits par MM. Neebe et Furthmann, nous n'en avons jamais vu trace. Ces auteurs sont les seuls à les avoir jamais décrits. Aucun des mycologues qui se sont occupés avant eux de la question n'a jamais rencontré de formes semblables. Il faut ajouter que les formes de fructification du genre de celles que ces auteurs ont décrites appartiennent jusqu'ici en propre au groupe des *lichens*, et que rien n'autorise à croire qu'elles puissent être rencontrées sur des mucédinées du genre des trichophytons. Si l'on est pleinement en droit de croire chez eux à une forme fructifiée, c'est à une zygospore ou à des ascospores dans un périthèque qu'elle doit se rattacher et non pas à un fruit à loges dont aucun Botrytis ne donne un exemple (2).

XI. — Inoculations

Dans toute étude bactériologique, les inoculations animales servent à deux buts principaux :

1° Elles affirment que les espèces isolées et cultivées sont bien des parasites actifs, dans la lésion qu'on étudiait ;

2° Elles montrent quelles espèces animales y sont sensibles et seront les meilleurs réactifs d'étude pour la maladie parasitaire dont il s'agit.

Pour les affections que nous étudions la question des inoculations

(1) Sur l'examen de nos préparations, M. Duclaux a retrouvé les branches mycéliennes pelotonnées sur elles-mêmes qui doivent être l'ébauche de la zygospore. Mais elles ne permettent pas des affirmations absolues.

(2) La lecture attentive des passages se rattachant à ces faits, dans le travail de MM. Neebe et Furthmann, semble indiquer que ces auteurs ont pris les formes oïdiennes pour les formes de reproduction normales complètes.

Rien n'indiquant que l'étude botanique ait été faite dans des cultures en gouttes, la méprise était facile, car le raclage des cultures en tubes donne des oïdies en quantité et ne peut pas fournir intacts les hyphes sporifères beaucoup trop fragiles. Or si l'oïdie peut reproduire la plante et si c'est bien une spore asexuée spéciale, ce n'est en aucune façon *un fruit* pouvant servir à une classification rationnelle. Leur irrégularité dans une même culture les empêche même de servir à différencier des espèces voisines.

Qu'on nous permette une comparaison évidemment très grossière, mais très saisissante. Certaines plantes ont des tiges souterraines tuberculeuses qui peuvent les reproduire : la pomme de terre, par exemple ; cependant ce n'est pas sur cette forme de reproduction mais sur la fleur et la graine qu'une classification botanique peut être établie.

se trouve déplacée de son terrain habituel. Ce ne sont ni les mêmes raisons qui y font recourir, ni les mêmes résultats qu'on peut en espérer.

En effet, quand dans vingt lésions identiques consécutives on retrouve le même parasite, et de beaucoup le plus souvent en cultures *pures d'emblée*;

Quand à l'aspect microscopique des lésions on peut même affirmer à coup sûr, l'espèce spéciale de ce parasite que l'on obtiendra (1); évidemment la preuve du parasitisme actif de l'espèce n'est plus à faire et sa démonstration par le moyen des inoculations est superflue.

D'autre part, rechercher par des inoculations quelles espèces animales sont sensibles à une affection humaine n'est pas non plus, dans le cas particulier, d'un intérêt de premier ordre. Et ceci pour les raisons suivantes :

Toutes les fois qu'on étudie la question des teignes chez l'homme, on se rend compte facilement que l'immense majorité des cas a eu l'homme lui-même pour instrument de contagion. C'est de l'homme à l'homme qu'elle se produit; de l'enfant à l'enfant dans l'école ou dans la famille, ou de l'enfant à ses parents.

S'il faut admettre la contagion par l'animal, au moins est-elle fort rare et, dans l'ensemble des cas, presque négligeable.

Deux fois seulement parmi nos malades, la contagion par le chat a été incriminée, sans que nous ayons pu nous en assurer par nous-même. Le parasite était une fois le trichophyton à grosses spores ; une fois le parasite à petites spores, c'est-à-dire que les cas rentraient dans ce qui est la règle pour les cas de contagion d'origine humaine.

Une fois, comme nous l'avons vu, le chien a dû inoculer sa teigne propre à l'un de nos malades.

A ces 3 cas se bornent les observations où l'origine animale a été probable, ou même hypothétiquement invoquée. Or, en regard de ces 3 faits nous en placerions plus de trente où la contagion d'origine humaine ne pouvait faire aucun doute.

Si donc la connaissance des espèces animales pouvant devenir pour l'homme une cause de contagion est intéressante, son importance est secondaire. Des points obscurs plus intéressants sont à résoudre d'abord.

Voici celui dont l'importance nous a paru première.

Les tricophytices circinées peuvent affecter chez l'homme une diversité de formes remarquable.

Nous savons d'autre part que plusieurs parasites peuvent y donner lieu. Y a-t-il entre le trichophyton spécial et la lésion spéciale un rap-

(1) Nous ajouterons que tous les parasites isolés se rattachent l'un à l'autre par des ressemblances botaniques qui sont quasi des similitudes.

port absolu ; une espèce trichophytique donnée ne peut-elle causer toujours qu'une même lésion objective ?

Cette hypothèse peut s'appuyer sur ce fait réellement singulier en soi, qu'un même individu portant plusieurs lésions circinées les a très généralement de même aspect.

Chez un malade on trouve six ou sept plaques de folliculite agminée trichophytique et pas un cercle trichophytique simple.

Chez un enfant nous trouvons aux deux bras deux plaques de trichophytie d'aspect circinateux sec.

Chez un autre, deux plaques également eczémateuses mais humides, et humides toutes deux. Chez un quatrième, des médaillons saillants, rouges et secs, ne différant entre eux que par leurs dimensions.

Cette similitude des lésions sur le même individu, dépend-elle de la réaction spéciale de l'organisme au parasite, ou de l'action spécifique du parasite lui-même sur l'organisme ?

Un moyen de répondre à ces questions était indiqué, c'était l'inoculation à l'homme des espèces trichophytiques isolées.

L'inoculation à l'homme devait atteindre le double but que nous cherchions. Elle mettrait hors de doute le parasitisme actif des espèces isolées, chose négligeable en soi dans le cas particulier, mais toujours exigible.

Et en outre, ce qui est bien plus important, elle devait montrer si l'action de chaque espèce parasitaire se traduisait sur le même individu par une lésion différant de la lésion que cause un type trichophytique voisin.

C'est dans ces intentions que nous avons poursuivi sur nous-même une série d'inoculations avec les espèces isolées.

Or, le résultat a été inverse de celui que nous cherchions. Les inoculations positives nous ont prouvé le parasitisme des espèces, mais jusqu'ici aucune différence évidente de la lésion avec chaque parasite n'est venue confirmer l'hypothèse formulée plus haut.

Cette série d'inoculations n'est d'ailleurs pas terminée, mais d'ores et déjà on peut craindre qu'elle ne prouve pas l'existence d'une lésion objectivement spécifique pour chaque espèce parasitaire.

Voici du reste les résultats des inoculations poursuivies :

1° L'homme est sensible à l'inoculation de la teigne humaine, mais un grand nombre d'inoculations peuvent cependant n'amener sur lui aucun résultat.

Il faut, pour réussir : antiseptiser absolument la région de l'inoculation, sans quoi il se produira au point d'inoculation un point de folliculite et l'inoculation avortera.

Il faut ne pas recourir au mode d'inoculation par scarifications, car les scarifications déforment la lésion qui surviendra dans quelques jours. Et aussi parce que la semence sera mal fixée et pourra tomber hors de l'étendue scarifiée. Il faut inoculer par piqûre.

La piqûre doit être recouverte d'un verre de montre, sans quoi l'inoculation avorte le plus souvent et de plus on court le risque de s'inoculer ailleurs qu'au point voulu (1).

Il faut enfin s'assurer de la réaction sudorale du sujet, à plusieurs heures de la journée, et obtenir par l'ingestion du bicarbonate de soude une sueur alcaline. Il se peut qu'une inoculation faite sans aucune de ces précautions soit suivie de plein succès ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'à moins d'une prédisposition naturelle du sujet, que nous n'avons pas présentée, les insuccès dans ces conditions seront plus nombreux que les réussites.

Même en opérant dans toutes ces conditions, il se peut que de quatre inoculations faites en même temps, avec une même culture de la même façon, sur le même sujet, une, deux ou trois restent sans effet, la quatrième fournissant un développement rapide.

Nous ne savons en aucune façon, à l'heure actuelle, le pourquoi des insuccès (2).

L'inoculation apparaît comme positive, environ 4 jours après la piqûre.

Au point piqué il survient une tache rouge surélevée et à sa surface un piqueté ressemblant à des orifices folliculaires de poils épilés.

Arrivée à ce point où la végétation du parasite est certaine, car on peut la retrouver par l'examen microscopique des produits de raclage, il peut arriver que la lésion reste stationnaire ; puis après 10 jours elle s'efface progressivement et disparaît.

Dans le cas contraire, elle s'entoure d'un cercle érythémateux, qui devient squameux et qui peut s'agrandir avec une rapidité extrême. C'est la lésion typique de la trichophytie circinée jeune. Nous ne lui avons pas laissé dépasser ce point jusqu'ici. Mais cette lésion a été

(1) Faute de cette précaution une inoculation à la jambe s'est accompagnée sur nous de trichophyton unguéal à un orteil.

(2) Ces faits étonnent moins après réflexion : A St-Louis les épileurs sont exposés à des centaines de contagions par jour, et on n'observe guère sur eux plus d'une contagion par an, qui peut même ne jamais survenir.

Semblablement dans la teigne faveuse nous avons vu un homme atteint de favus du corps avoir cohabité pendant 15 ans avec une femme sans qu'elle ait jamais présenté de contagion. Pour la trichophytie on rencontre facilement des cas semblables. Un enfant parmi nos malades a depuis 18 mois d'énormes plaques de trichophytie à petites spores. Et, bien que couchant avec son frère âgé de 8 ans, il ne l'a pas contagionné, pas plus que sa petite sœur âgée de deux ans.

Il faut évidemment, pour que la contagion s'opère, des conditions spéciales de réceptivité, parmi lesquelles l'alcalinité de la sueur paraît importante. Nous recherchons actuellement sur tous les malades atteints de trichophytie circinée la réaction sudorale au papier de tournesol. Dans quelques cas elle s'est présentée excessivement alcaline.

En dehors de ce facteur il doit y en avoir d'autres que nous ignorons ; l'âge des cultures paraît sans grande importance, car nous avons obtenu une inoculation positive avec une culture datant de 3 mois.

obtenue, et obtenue identique par toutes les cultures de trichophyton à grosses spores quelle que fût l'espèce.

Quant au trichophyton à petites spores, il n'a jamais donné lieu qu'à une desquamation de l'épiderme par petits lambeaux sur un fond érythémateux léger et sans cercle bien accusé. La lésion disparaît sans médication d'aucune sorte.

Tels sont les résultats de nos inoculations, résultats bien incomplets mais qui se compléteront prochainement.

Nous n'avons pu inoculer en dehors de l'homme que le cobaye et la souris. La souris nous a paru réfractaire à toute inoculation des types trichophytiques que nous avons décrits.

Le cobaye prend par piqûre, mais non constamment, une teigne tondante identique à celle de l'enfant. La chute des poils commence après 8 jours. La maladie a 3 semaines de durée environ et disparaît ensuite spontanément.

CONCLUSIONS

Ce travail conduit aux conclusions suivantes :

I. — Parmi les Mucédinées, il existe un genre (les Botrytis) dont la caractéristique est la fructification en grappe (βοτρυς). Ce genre comprend un grand nombre d'espèces (*B. Bassiana*, *B. vulgaris*, *B. cana*, *B. cinerea*, etc.) dont quelques-unes bien définies déjà sont connues comme parasitaires d'espèces animales.

Tel est le *Botrytis Bassiana* qui produit sur le ver à soie, la maladie connue sous le nom de *Muscardine*.

Tel est le Botrytis *tenella*, qui cause chez le ver à soie une muscardine spéciale et qui attaque aussi la larve du hanneton.

Dans le genre Botrytis doivent rentrer tous les parasites externes dont l'évolution sur l'homme produit le syndrome trichophytie. Ils forment un groupe qui pourrait être désigné en botanique sous le nom de Botrytis trichophyton.

II. — Les espèces capables de provoquer la trichophytie sont vraisemblablement très nombreuses, et *distinctes* suivant les espèces animales auxquelles elles s'attaquent. Il y a des présomptions de croire que les trichophytons animaux sont pareillement des Botrytis.

III. — Deux espèces de ce groupe sont les causes ordinaires de la teigne humaine.

A. La première : le trichophyton à petites spores, n'envahit probablement jamais les régions glabres.

C'est l'auteur habituel des teignes tondantes de l'enfance, et dans les formes graves de la teigne, dans les teignes rebelles, c'est pour ainsi dire toujours celui qui est en cause.

Ce trichophyton se diagnostique au seul examen microscopique du

cheveu malade. La spore a 3 μ de diamètre. Le mycélium n'est pas visible. Le cheveu est rempli par les spores qui dépassent son enveloppe pour lui faire une gaine externe.

B. Le deuxième parasite ordinaire de la teigne chez l'homme est le *trichophyton à grosses spores*.

Il peut causer la teigne tondante de l'enfant, on le trouve dans 35 0/0 des cas. Ces cas sont ordinairement bénins.

C'est presque toujours cette espèce qui chez l'homme adulte provoque la trichophytie de la barbe.

Enfin avec la variété de trichophyton à grosses spores mentionnée plus loin, c'est elle qui cause *la totalité des cas de trichophytie circinée tégumentaire*, notamment ceux qui surviennent au cours d'une trichophytie des cheveux ou de la barbe.

Ce trichophyton se diagnostique au seul examen microscopique du cheveu malade. La spore a 7-8 de diamètre. Le mycélium unissant les spores est toujours visible. Le parasite ne végète pas hors du cheveu, et autour de lui. Dans la squame des trichophyties circinées, le mycélium à spores mycéliennes est semblable à celui du cheveu, quoique un peu moins sporulé.

IV. — A côté de ces deux espèces qui forment la presque totalité des teignes humaines, et principalement à côté de cette dernière (le trichophyton à grosses spores) peuvent se placer deux types plus rares de parasites analogues.

A. Un trichophyton à grosses spores qui s'est exclusivement rencontré dans les trichophyties circinées tégumentaires. Les trichophyties circinées tégumentaires sont causées presque aussi souvent par ce parasite que par le trichophyton à grosses spores vulgaire.

Ses caractères de diagnostic microscopique ne sont pas fixés, mais seulement ses caractères différentiels de culture.

Celles-ci sont d'une croissance plus vigoureuse et plus rapide. En dehors de l'aspect poudreux qui leur est commun avec les cultures de trichophyton à grosses spores ordinaire, elles possèdent (sur le moult de bière gélosé) un centre duveteux.

B. *Un trichophyton dont les spores sont grosses et inégales et qui ne présente pas de mycélium visible*. Il a été rencontré une fois dans la teigne tondante de l'enfant avec des caractères de différenciation reconnaissables à l'œil nu ; son pronostic n'est pas fixé.

V. — Enfin en dehors de tous les types décrits et s'en éloignant beaucoup par leurs caractères de culture, deux autres parasites ont été isolés.

A. L'un : *trichophyton à cultures noires* (1), a été isolé d'une trichophytie tégumentaire de caractères objectifs particuliers.

(1) Sur la gélose au moult de bière.

B. L'autre : *trichophyton à cultures roses* (1), s'est rencontré dans une trichophytie de la barbe.

Ces deux derniers types semblent être des spécimens de teigne animale, ayant accidentellement cultivé sur l'homme.

VI. — En résumé, parmi les six espèces trichophytiques qui se sont rencontrées sur l'homme, deux doivent probablement être écartées des types de teignes humaines. Et il reste quatre types humains.

1° Le *trichophyton à petites spores*, parasite ordinaire de la teigne tondante et qu'on ne trouve jamais sur les régions glabres.

2° Le *trichophyton à grosses spores*, parasite moins fréquent de la teigne tondante, auteur habituel des trichophyties de la barbe, causant environ la moitié des trichophyties circinées tégumentaires.

3° Le *trichophyton à grosses spores à cultures spéciales*, cause de la moitié des trichophyties circinées tégumentaires et spécialement de celles qui affectent le type de *folliculite agminée*. Il n'a pas été rencontré dans les cheveux.

4° Le *trichophyton à grosses spores inégales* trouvé une fois dans une teigne tondante d'aspect spécial.

VII. — Toutes ces espèces sont différentes (1), fixes dans leurs caractères, irréductibles l'une à l'autre.

Enfin toutes, y compris les deux types attribués à des teignes animales, appartiennent au même groupe botanique des Botrytis.

(1) Nous ne faisons de réserves sur ce point que pour le trichophyton à cultures spéciales n° 3. Peut-être pourrons-nous le ramener au type trichophyton à grosses spores vulgaire.

EXPLICATION DES PLANCHES

Pl. I, fig. I. Tric. à grosses spores dans le cheveu. — Pl. II, fig. I. Le même trichophyton quand le cheveu est complètement dissous par la potasse.

FIG. 1. — Cheveu contenant le plus gros parasite ordonné en filaments réguliers.
FIG. 2. — Cheveu contenant les petites spores et qui en est aussi entouré.
FIG. 3. — Les filaments isolés du parasite sans cheveu.
FIG. 4. — Les éléments dissociés d'un cheveu parmi lesquels on trouve des spores grosses et non rattachées l'une à l'autre.

SUR UNE SARCOMATOSE CUTANÉE

OFFRANT LES CARACTÈRES CLINIQUES

D'UNE LYMPHANGITE INFECTIEUSE

Par **H. Hallopeau** et **E. Jeanselme** (1).

Les sarcomes multiples de la peau, dans les diverses formes qui ont été décrites, envahissent le plus souvent la surface tégumentaire sans offrir de distribution régulière.

Nous nous proposons d'établir qu'il existe une variété de sarcomatose dans laquelle les nodules néoplasiques peuvent, pendant un temps fort long, rester localisés à l'un des membres, n'intéresser que les voies lymphatiques, s'ulcérer et présenter un ensemble symptomatique très analogue à celui de la lymphangite tuberculeuse nodulaire.

L'observation suivante en fait foi :

Le malade est un homme âgé de 33 ans, qui a été, pendant plusieurs années, marchand des quatre saisons, puis conducteur d'omnibus.

Il est entré le 12 octobre 1891 à l'hôpital Saint-Louis, et depuis 10 mois qu'il est soumis à notre observation, nous avons pu suivre toutes les phases de l'affection dont il est atteint.

A.— Depuis 20 ans, ce malade porte un durillon à la face palmaire de la main gauche. Cette petite callosité, tout à fait indolente pendant de longues années, devint très douloureuse à la pression, il y a 5 ans, et, quelque temps après, s'ulcéra. Des pansements à l'acide borique amenèrent une cicatrisation presque complète de la plaie dans l'espace de 2 mois. Mais quand le malade reprit son travail, l'ulcération reparut. Au bout de quelques mois, un ganglion était constaté à la face interne du bras, au-dessus de l'épitrochlée, et un autre plus volumineux occupait le creux axillaire. Depuis lors, de nombreux nodules sous-cutanés se sont développés sur toute l'étendue du membre supérieur.

B.— Voici, d'après M. Barrier, interne des hôpitaux, quelle était la situation du malade en septembre 1889, dix-huit mois après l'ulcération du durillon palmaire.

Au niveau du pli d'opposition du pouce gauche, existe une ulcération longue de 2 à 3 centim., large d'un 1/2 centim., dont les bords sont irréguliers et font relief. A la partie supérieure de cette perte de substance,

(1) Communication faite au deuxième congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, et complétée, dans la séance du 10 novembre 1892 de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

une bride de tissu sain sépare l'ulcération en deux parties distinctes. Dans la partie supérieure, on remarque un lobule de la grosseur d'une lentille, d'aspect lisse et violacé, et dans son voisinage, une anfractuosité d'où l'on fait sourdre un peu de sanie fétide. Dans la partie inférieure de l'ulcération, on note également un lobule semblable à un bourgeon charnu revêtu d'un amas corné. Au-dessous de ce lobule, commence une fissure qui suit le pli de flexion du pouce et l'intéresse dans la majeure partie de sa longueur.

A la face antérieure de l'avant-bras, on compte sept petites saillies nodulaires du volume d'un grain de millet à celui d'un pois. Ces nodules siègent dans l'hypoderme, ils sont mobiles, sans adhérence à la peau, sauf au niveau du pli du coude où il y a un commencement de fusion entre l'une des saillies sous-cutanées et la face profonde de la peau. En certains points, le doigt peut suivre la traînée lymphangitique sous-dermique qui relie entre eux les différents nodules.

Au bras, à deux travers de doigt au-dessus de l'épitrochlée, on remarque un nodule de la grosseur d'un pois inclus dans la peau. A trois travers de doigt au-dessus, la palpation fait reconnaître un ganglion qui s'abrite sous le bord interne du biceps.

Un peu plus haut, le doigt rencontre deux saillies superficielles qui donnent l'impression de grains de plomb, la peau glisse facilement à leur surface.

Contre la paroi interne de l'aisselle est accolé un ganglion immobilisé dans une zone d'empâtement.

C. — Voici la note qui fut recueillie lors de l'entrée du malade à l'hôpital St-Louis, le 12 octobre 1891.

L'ulcération palmaire située dans le pli d'opposition du pouce a 6 cent. en longueur sur 3 au plus en largeur. Ses bords sont taillés à pic et décollés, son fond inégal et mamelonné sécrète une sanie très fétide et repose sur une base indurée. Trois ou quatre nodules sous-cutanés, siégeant au-dessus de la saignée du bras, se sont fusionnés, puis transformés en une masse fluctuante qui s'est ouverte spontanément il y a un an et a donné issue à un liquide louche. Un trajet fistuleux persista longtemps, puis son orifice s'élargit et donna naissance à l'ulcération qu'on observe actuellement. C'est une perte de substance irrégulière, de la grandeur d'une pièce d'un sou, à bords sinueux, nettement coupés et décollés, à fond vermeil rendu très irrégulier par de nombreux bourgeons charnus. Cette ulcération repose sur une plaque d'induration ligneuse à laquelle sont accolés plusieurs nodules sous-cutanés. A quatre centimètres au-dessous de cette ulcération, sur la ligne médiane de l'avant-bras, on remarque une ulcération ovalaire, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, à bords taillés à pic, à fond jaune constitué par un bourbillon, ce qui donne à cette perte de substance l'aspect d'une gomme syphilitique. Le fond de l'ulcère repose sur une grosse masse de nodules, du volume d'un noyau de cerise ou d'une noisette, fusionnés ensemble.

A côté de ces lésions en activité, il existe un processus de réparation plus ou moins évident. A la partie inféro-interne du bras gauche, on remarque une plaque cicatricielle violacée, située sur une base indurée, et

entourée de nodules sous-cutanés. Cette plaque n'est pas entièrement guérie, il existe encore au centre une ulcération minime.

Vers le milieu de la hauteur de l'avant-bras, sur la ligne médiane, on observe une plaque très dure, recouverte d'une mosaïque cornée. Il n'y a jamais eu d'ulcération à ce niveau.

Cette plaque offre, au dire du malade, un aspect identique à celui de la callosité palmaire qui paraît avoir été le point de départ de tous les accidents.

Outre ces lésions, le palper fait reconnaître des nodules de la grosseur d'un noyau de cerise ou d'une noisette. Quelques-uns sont disposés en série linéaire au-dessus de l'ulcération palmaire initiale. De l'apophyse styloïde du radius, sur le bord externe de l'avant-bras, se détache une traînée de sept nodules qui aboutissent, en se portant obliquement en haut et en avant, à l'ulcération située au-dessous de l'avant-bras et tapissée d'un bourbillon.

Au-dessus de cette ulcération la traînée nodulaire recommence, elle se dirige en dedans et se cache sous le bord interne du biceps ; pendant son trajet brachial, la traînée est représentée par cinq à six nodules, fermes, reliés par une corde indurée, ce qui donne à l'ensemble une disposition moniliforme.

A l'exception de deux nodules erratiques qui occupent la face antérieure de l'avant-bras, tous les autres sont manifestement en connexion avec les voies lymphatiques.

Les ganglions axillaires sont volumineux et font corps avec la paroi costale. Les ganglions sus-claviculaires et cervicaux ne paraissent pas intéressés.

Toutes les ulcérations saignent au moindre contact. Elles exhalent une odeur d'une fétidité extrême, semblable à celle que répandent certains cancers.

Les douleurs spontanées sont très modérées, le malade ne ressent que quelques élancements légers dans les doigts ; mais la pression au niveau de la main et de l'avant-bras réveille des douleurs assez vives.

L'état général est excellent. L'examen du sang montre que le nombre des globules blancs est normal.

D. — Pendant le séjour du malade à l'hôpital Saint-Louis, des bains de bras antiseptiques à l'acide phénique et au sublimé furent prescrits pour faire disparaître la sanie extrêmement fétide qui recouvrait les ulcérations. On eut également recours, à deux reprises, au grattage des ulcérations et à leur cautérisation au fer rouge. Mais ces opérations furent partielles et incomplètes, elles n'amenèrent aucune amélioration, les lésions progressèrent, au contraire, d'une manière inquiétante, et à la fin du mois de juillet de l'année 1892, l'état était le suivant :

L'ulcération palmaire initiale a pris une très grande extension. Elle remonte le long du pli d'opposition du pouce et laboure la racine de l'éminence thénar. La paume de la main, dans toute son étendue, est infiltrée sans qu'on puisse y reconnaître des nodules distincts. L'index, depuis sa racine jusqu'à l'extrémité libre, est volumineux, la peau qui le recouvre est sclérosée. Les faces palmaire et externe de ce doigt sont le siège d'une

vaste ulcération qui se continue supérieurement avec l'ulcération de la paume de la main et qui est subdivisée en plusieurs départements par des bandes de tissu sain, ou du moins, non ulcéré.

Le dos de la main est également induré. Au voisinage de son bord interne sont groupés cinq ou six petites saillies d'un violet foncé. Plusieurs d'entre elles portent à leur sommet une ulcération en voie de formation. Quand elles se sont rompues, elles ont donné beaucoup de sang et plusieurs petites tumeurs violacées du voisinage se sont affaissées, ou même déprimées en godet depuis l'hémorrhagie.

A l'avant-bras, les faces interne et externe sont saines. La face postérieure présente au-dessous du poignet un trajet fistuleux en partie comblé par un gros bourgeon charnu, c'est le vestige d'un nodule, transformé en poche sanguine, qui a été incisé. Le milieu de l'avant-bras est occupé par une grosse tumeur hémisphérique, fluctuante, violacée et sillonnée de gros cordons veineux dilatés. La face palmaire de l'avant-bras présente une induration dermique et sous-dermique en nappe. Celle-ci n'est pas uniforme, elle est constituée par la coalescence, la fusion incomplète de nodules de volume et de consistance variables, suivant leur âge. On remarque en outre sur cette face palmaire des cicatrices violâtres, enfoncées en forme de godet à leur centre. Au bras, l'infiltration remonte jusqu'à mi-hauteur. Sur cette plaque sont parsemés des nodules à différentes phases de leur évolution, des ulcérations saignant au moindre contact, et des cicatrices qui se déchirent avec la plus grande facilité. Au-dessus de la partie moyenne, la peau du bras redevient souple, on n'y constate que deux nodules le long du bord interne du biceps. Sur les masses ganglionnaires situées dans le creux de l'aisselle, on remarque deux cicatrices froncées et une fistule en cul de poule, d'où émergent de gros bourgeons et d'où suinte continuellement du sang en assez grande abondance pour traverser le pansement de part en part.

L'état général du malade s'est maintenu assez bon pendant plusieurs mois malgré l'existence de plusieurs érysipèles intercurrents, et malgré des hémoptysies légères qui survinrent à diverses reprises. Mais les hémorrhagies répétées et presque quotidiennes qui se faisaient à la surface des ulcérations, finirent par affaiblir le malade, et, sur ses instances, une intervention chirurgicale fut décidée.

M. le Dr Marchand, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, considérant qu'une opération radicale était impossible, s'appliqua à faire disparaître toutes les sources d'hémorrhagie et toutes les excavations anfractueuses dans lesquelles des matières septiques étaient accumulées.

Les trois premiers doigts de la main gauche, leurs métacarpiens et la partie correspondante du carpe furent réséqués. Toutes les ulcérations furent grattées avec la curette. L'opération, dont les suites furent très simples, eut ce résultat avantageux de supprimer toute suppuration et toute fétidité. A partir de cette époque, les surfaces sécrétantes ne furent plus baignées que par un liquide limpide, presque incolore ou teinté de sang, n'exhalant aucune odeur. Mais l'induration diffuse, les nodules et les ulcérations ne continuèrent pas moins à progresser.

En résumé, chez un homme jeune et vigoureux, un durillon pal-

maire, qui existait depuis de longues années, s'ulcère sans cause appréciable, il y a cinq ans, et devient l'origine de nodosités disposées pour la plupart sur le trajet des voies lymphatiques. Nous avons pu suivre le développement de plusieurs nodules depuis leur apparition jusqu'à leur terminaison. Chacun s'est comporté de la façon suivante. La nodosité consiste d'abord en une petite masse *sous-cutanée*, très mobile, glissant comme un ganglion sous la peau saine. Plus tard, ce nodule grossit, adhère à la peau et devient fluctuant. Le derme à ce niveau s'amincit et prend une coloration violacée, ce qui tient à ce que le contenu de la petite collection est sanguinolent. Certaines de ces tumeurs sont réductibles et communiquent largement avec des nodules voisins qui se gonflent pendant tout le temps qu'on maintient la compression sur l'une d'elles.

Ces tumeurs sanguines peuvent acquérir un volume assez considérable et même égaler les dimensions d'une grosse noix. Tôt ou tard, la peau, amincie par une résorption qui se fait de la profondeur vers la superficie, finit par céder, et de la fissure s'échappe un liquide très fortement teinté par du sang, ou même du sang pur.

L'orifice de la poche reste fistuleux et s'élargit. Une ulcération à ciel ouvert lui succède ; son fond repose sur une plaque indurée, parfois très étendue et intéressant à la fois le derme et l'hypoderme. Ses bords sinueux et décollés, sa surface inégale et mamelonnée, vermeille ou tapissée d'un bourbillon, saigne au moindre contact. Ce suintement sanguin est l'un des caractères les plus importants et les plus constants de ces ulcérations, il entraîne à la longue un état d'anémie prononcé. Lorsque ces ulcérations sont traitées antiseptiquement, la sanie fétide dont elles sont recouvertes disparaît, elles ne sécrètent plus qu'un liquide limpide presque incolore et sans aucune odeur.

Cette période ulcéreuse peut persister indéfiniment, elle peut aussi se terminer par une guérison plus ou moins durable.

La place des ulcérations guéries est marquée par une cicatrice violacée, déprimée en godet.

Presque toujours la réparation n'est que partielle et précaire, la cicatrice se détruit souvent spontanément, elle n'est jamais durable ; l'induration ligneuse persiste au-dessous des cicatrices.

A un stade avancé, une infiltration diffuse en nappe s'étend sur tout le membre malade, comme dans la sarcomatose pigmentaire du professeur Kaposi, et masque les nodules néoplasiques, qu'on a quelque peine à délimiter par le palper.

La variété de sarcomatose que nous décrivons peut simuler plusieurs autres affections.

Des nodules indolents qui se développent successivement sur le trajet des lymphatiques, qui se ramollissent et plus tard font place à des ulcérations persistantes, voilà tout un ensemble de symptômes

qui éveillent immédiatement l'idée d'une lymphangite tuberculeuse. Toutefois, l'affection qui nous occupe présente certains caractères qui lui appartiennent en propre, tels sont, par exemple, la *transformation des nodosités en poches sanguines* et la *fréquence des hémorrhagies* qui se font à la surface des ulcérations. Jamais les gommes tuberculeuses ne se comportent ainsi. Aussi avons-nous eu recours à l'expérimentation pour décider s'il s'agissait d'une manifestation tuberculeuse. Dix cobayes ont été inoculés, soit avec le pus suintant des ulcérations, soit avec des fragments de nodules à divers degrés de leur évolution. Deux cobayes inoculés avec du pus sont morts d'infection pyocyanique. Un cobaye qui avait reçu dans le péritoine 3 c. c. de sang, extrait avec une seringue stérilisée d'un nodule transformé en poche sanguine, n'a présenté aucun symptôme morbide. Des fragments volumineux recueillis pendant les deux séances de grattage, ont été insérés, soit dans le péritoine soit dans le tissu cellulaire d'un pli de l'aine, et maintenus à l'aide de suture au crin de Florence. Peu à peu, les fragments situés sous la peau se sont résorbés sans laisser de vestiges. Les animaux sont restés vigoureux, n'ont pas maigri et n'ont pas présenté d'adénopathies. Quatre de ces animaux, sacrifiés de trois à six mois après l'inoculation, n'offraient aucune trace de tuberculose. Trois animaux sont encore vivants et très vigoureux. Il est donc bien certain, après ces résultats négatifs, que la tuberculose ne peut pas être mise en cause.

Il ne peut pas non plus être question d'un cas de farcinose chronique. Trois des animaux qui ont été inoculés dans le péritoine étaient des cobayes mâles, aucun n'a présenté la vaginalite caséo-suppurée si caractéristique qui survient constamment à la suite de l'injection intra-péritonéale d'un produit morveux.

L'actinomycose peut, à titre exceptionnel, avoir pour siège initia un membre. Elle se traduit ordinairement par des collections à contenu variable qui se développent au milieu de masses indurées, circonscrites ou diffuses. Elle rappelle donc par quelques-uns de ces caractères l'affection qui nous occupe. Mais malgré de nombreuses et patientes dissociations, nous n'avons jamais pu distinguer de grains d'actinomycètes dans le sang ou le pus des nodules et des ulcérations. L'examen microscopique répété maintes fois a toujours été négatif, l'hypothèse d'une lésion relevant de l'actinomycète est donc à rejeter.

Notre malade paraît avoir eu, il y a huit ans, un chancre et peu après des plaques muqueuses. Nous avons donc, à tout hasard, institué un traitement mixte énergique. Mais le malade n'en a retiré aucun bénéfice, ce qui permet d'éliminer également la syphilis.

Étude histologique et bactériologique. Lors de l'entrée du malade à Saint-Louis, les ulcérations étaient recouvertes d'une sanie extrêmement fétide. Nous avons séparé de cette sanie, par les cultures,

plusieurs variétés de bacilles qui toutes, sauf le pyocyanique, étaient inoffensives pour le cobaye. D'ailleurs ces différentes espèces microbiennes végétaient à la surface des ulcérations, à l'état d'épiphytes : toutes les cultures tentées avec le suc recueilli dans l'intimité du tissu morbide sont demeurées stériles.

Les coupes colorées par les divers procédés usuels n'ont jamais décelé la présence de microbes dans l'intérieur des nodosités.

Les applications et les bains antiseptiques, les grattages et l'amputation partielle, firent disparaître la fétidité et la suppuration, phénomènes d'emprunt, mais ils n'arrêtèrent pas l'évolution des nodosités. Pour tous ces motifs, il ne nous semble pas possible d'attribuer aux microbes banals trouvés à la surface des ulcérations un rôle actif dans la genèse des accidents.

Nous avons eu l'occasion de faire l'examen histologique de plusieurs nodules d'âge différent, et de suivre l'évolution du processus depuis son origine jusqu'à sa phase ultime.

Nous étudierons successivement : a) les lésions constatées dans un nodule sous-cutané encore récent ; b) les lésions observées dans la peau, quand celle-ci est envahie dans toute son épaisseur, et la transformation des nodules en poches sanguines ; c) les altérations des ganglions lymphatiques.

a) *Examen d'un nodule sous-cutané adhérent à la face profonde du derme.*

Toutes les couches de l'épiderme sont normales. Les bourgeons interpapillaires ne sont pas hypertrophiés. Les papilles ont leur dimensions habituelles. Suivant leur axe, on observe à peu près constamment des traînées verticales de jeunes cellules. Ces traînées linéaires aboutissent à d'autres traînées de cellules identiques, mais plus volumineuses, à disposition générale horizontale, bifurquées ou étoilées, siégeant dans la partie superficielle du derme. Ces diverses traînées sont évidemment des manchons disposés autour du système vasculaire. Ce qui le démontre, c'est qu'une cavité peut être constatée suivant l'axe de la traînée en qnelques points ; en d'autres plus nombreux, le manchon cellulaire présente à une de ses extrémités ou en son milieu un orifice vasculaire très net.

Tantôt le vaisseau paraît être une veine ou un capillaire, tantôt c'est une figure étoilée, sans paroi propre, qui représente sans doute un espace lymphatique.

A partir de la couche superficielle, à mesure qu'on examine des couches dermiques de plus en plus profondes, les altérations deviennent de plus en plus prononcées. Ces altérations consistent, dans la portion moyenne du derme, en une dissociation des faisceaux fibreux qui sont écartés les uns des autres par des travées cellulaires. Suivant l'incidence des faisceaux qui constituent le feutrage du derme

les amas de cellules intercalaires se présentent comme des rubans longitudinaux ou comme des figures étoilées. Ces amas de cellules néoformées sont très abondants au voisinage des glandes sébacées, sans doute à cause de la richesse vasculaire de ces appareils. Dans la partie inférieure du derme et dans l'hypoderme les cellules forment une couche presque continue, sillonnée par quelques rares rubans d'un rose clair représentant les faisceaux fibreux écartés par d'innombrables cellules interposées. Les fibres élastiques sont partout conservées, même dans les régions les plus altérées.

Les cellules qui constituent le tissu morbide n'ont pas partout la même configuration. Celles qui siègent dans les papilles et dans les régions superficielles du derme, c'est-à-dire dans les parties envahies en dernier lieu, sont plus petites que celles qui occupent les couches profondes, elles sont arrondies, presque réduites à leur noyau, fortement colorées et méritent le nom de cellules embryonnaires; pourtant au milieu de celles-ci, on observe un certain nombre d'éléments plus volumineux, allongés, fusiformes ou ressemblant à des cellules pavimenteuses. Dans les parties moyennes et inférieures du derme les cellules les plus anciennes changent peu à peu de caractères : elles sont beaucoup plus volumineuses, leur noyau se colore encore assez bien, mais leur protoplasma est à peine teinté en jaune par le picrocarmin.

Ces cellules pavimenteuses, polygonales, serrées les unes contre les autres dans les mailles du derme, simulent au premier abord des cellules cancéreuses enfermées dans leurs alvéoles. Les bords des cellules ne présentent jamais de crénelage. Les coupes traitées par le pinceau ne contenaient pas de tissu réticulé. La même description est applicable à plusieurs coupes prises dans divers points du membre malade.

b) *Examen d'un nodule avec envahissement consécutif de la peau dans toute son épaisseur. Transformation d'un nodule plein en géode sanguine.*

Dans toutes les coupes, même dans celles qui passent au niveau de points où la peau est ulcérée de part en part, il est facile de reconnaître que les parties superficielles ont été prises les dernières. Le point le plus important à relever, c'est l'état des vaisseaux. Dans les régions du derme situées à la limite de la zone d'envahissement, on observe d'énormes ectasies veineuses et capillaires gorgées de sang. On y reconnaît aussi des figures spéciales qui ressemblent au premier abord à des cellules géantes. Elles sont rondes ou ovalaires; sur le fond jaune pâle, mal coloré, se détachent de nombreuses cellules arrondies ou pavimenteuses, identiques à celles qui forment le tissu morbide. Ces figures sont limitées par une membrane très nette. Il est fort probable qu'il s'agit de bourgeons néoplasiques qui ont obli-

téré des vaisseaux veineux. En quelques points, on peut saisir ce travail en voie de formation, le vaisseau n'est qu'en partie comblé par un bourgeon néoplasique qui fait saillie dans sa cavité, la portion du vaisseau resté perméable contient du sang. Ces oblitérations vasculaires, très nombreuses en certaines régions, sont vraisemblablement l'origine des foyers de nécrobiose qui sont disséminés dans le tissu néoplasique. Au voisinage de ces amas cellulaires en dégénérescence, les éléments deviennent insensiblement de plus en plus pâles, les corps cellulaires sont indistincts, les noyaux ne fixent plus le carmin. Si l'on examine des points où la dégénérescence est plus avancée, on ne trouve plus que des cellules fragmentées qui remplissent incomplètement une cavité plus ou moins considérable, déchiquetée et farcie de sang. Cette hémorrhagie interstitielle a pour origine les capillaires et les veines non oblitérés. Beaucoup de vaisseaux en effet restent perméables, ils constituent des sinus plongés dans le tissu morbide qui a envahi et transformé leurs parois.

c). *Examen d'un ganglion lymphatique altéré.* — Cet examen a porté sur le ganglion épitrochléen. Le cinquième de son volume est occupé par un amas de cellules mal colorées, identiques à celles qui existent dans la couche profonde des coupes ci-dessus décrites. Cette portion tranche nettement sur le reste du ganglion constitué par de petites cellules lymphatiques fortement colorées. Un tiers environ de ce même ganglion est occupé par une cavité irrégulièrement quadrilatère, bordée par une paroi très épaisse qui est formée de cellules identiques à celles qu'on observe dans le noyau intra-ganglionnaire. Il est difficile de dire s'il s'agit d'un vaisseau considérablement ectasié à la suite de l'infiltration de ses parois par le tissu morbide, ou bien s'il faut considérer cette cavité comme une géode sanguine en miniature. Au milieu des petites cellules lymphatiques normales du ganglion, dans les points qui paraissent sains au premier abord, on observe, disséminées çà et là, des cellules volumineuses contenant trois à cinq noyaux, et des cellules à un seul noyau ayant déjà l'aspect pavimenteux ; c'est probablement là le premier indice qui annonce l'envahissement.

Le tissu morbide est donc constitué par des éléments qui au début méritent le nom de cellules embryonnaires. Plus tard ces cellules deviennent volumineuses, pavimenteuses, se colorent moins bien, puis, sans doute sous l'influence de l'oblitération des vaisseaux par des bourgeons néoplasiques, les cellules se nécrobiosent, se désagrègent, se fragmentent, et forment un magma indistinct. Les vaisseaux dont la paroi a été envahie par le tissu néoplasique forment des sinus énormes ; tôt ou tard ceux-ci se rompent et se déversent dans le foyer dégénéré qui est ainsi transformé en un kyste sanguin.

Depuis la rédaction de ce travail le malade a succombé à une pleurésie purulente à streptocoques, le 10 octobre 1890 (1). L'autopsie a confirmé le diagnostic de sarcomes.

AUTOPSIE. — Dans la plèvre droite, on constate la présence de deux litres de sérosité purulente contenant très peu de fausses membranes fibrineuses : La cavité pleurale n'est pas cloisonnée ; le poumon droit tout entier est revenu sur lui-même ; il n'adhérait pas au diaphragme.

Dans la plèvre gauche, il existe quelques adhérences fibreuses anciennes, surtout au niveau du diaphragme. La séreuse de ce côté ne contient que quelques cuillerées de sérosité sanguinolente. Sur la paroi costale, dans le tissu cellulaire sous-pleural, sont disséminées une trentaine de petites tumeurs mobiles, fermes, d'un blanc rosé, ayant le volume et la forme d'une lentille ou d'un haricot. Ces tumeurs sont agglomérées en grand nombre sur le point de la face interne de la paroi costale qui correspond au paquet des ganglions axillaires qui sont intimement soudés à la face externe de cette paroi. On remarque un groupe aussi considérable au niveau de la plèvre diaphragmatique. Quelques tumeurs sont situées sous la plèvre viscérale ; la plupart adhèrent lâchement au parenchyme pulmonaire qu'elles refoulent. Mais quelques-unes plus volumineuses sont fusionnées avec le tissu pulmonaire. Certaines sont creusées au centre d'une petite cavité remplie de sang et parfois cette cavité communique avec les dernières ramifications bronchiques. C'est ce qui explique les petites hémoptysies que le malade a présentées à plusieurs reprises. Tous les nodules sont sous-pleuraux, il n'en existe aucun dans la profondeur du poumon. Il n'y a pas de nodosité sous la plèvre droite, Pas de tuberculose pulmonaire. Les ganglions bronchiques paraissent sains.

Le péricarde contient un peu de sérosité louche ; le cœur ne présente rien d'anormal.

Le foie est volumineux et pâle. il paraît gras. La rate est de volume normal.

A la surface de l'un des reins, quatre nodules font saillie. Leur volume varie d'un grain de chènevis à celui d'un pois ; ils sont fermes, d'un blanc rosé. L'un d'eux est entouré d'une zone ecchymotique d'un noir ardoisé. Il n'y a jamais eu d'hématurie.

Nous avons fait l'étude histologique de plusieurs des nodules secondaires.

a. — *Examen d'un nodule sarcomateux libre d'adhérences, situé sous la plèvre costale.*

Ce nodule, qui a la forme et le volume d'une lentille, est constitué presque en totalité par des cellules. Ces éléments sont fusiformes, polygonaux ou irrégulièrement arrondis. Ils contiennent un et souvent plusieurs gros noyaux qui se colorent très vivement par l'hématoxyline et le picro-carmin. Sur le fond se détachent quelques faisceaux fibreux dans lesquels on remarque beaucoup de cellules jeunes. Les vaisseaux sanguins sont nom-

(1) Le malade a présenté quatre poussées érysipélateuses ; depuis la première, survenue au commencement de l'année 1892, nous avons constaté la présence du streptocoque à l'état permanent à la surface des ulcérations.

breux et dilatés ; ils n'ont pas de paroi propre, leur endothélium repose sur un ou deux rangs de cellules fusiformes disposées transversalement par rapport à l'axe du vaisseau. Il est fréquent d'observer dans le voisinage des blocs arrondis d'un brun fauve qui paraissent constitués par du pigment hématique à l'état libre. Dans certains points, les cellules sarcomateuses sont écartées et dissociées par des hématies nombreuses. Cette infiltration sanguine est le premier degré de la lésion qui aboutit à la formation de géodes.

b. — *Examen d'un nodule sarcomateux sous-pleural adhérent au poumon.*

Ce nodule présente la même constitution que le précédent. Il semble s'être développé à la surface ou dans les couches superficielles de la séreuse. Sa base repose sur un réseau élastique très riche qui se continue au delà des limites de la néoplasie avec celui de la plèvre. Au-dessous de celle-ci, dans une certaine épaisseur, le tissu sarcomateux s'est substitué au parenchyme pulmonaire qui a complètement disparu. L'infiltration sarcomateuse ne se termine pas nettement, elle suit les espaces conjonctifs du poumon et s'étend ainsi à une distance assez considérable. Ce tissu sarcomateux sous-pleural paraît plus jeune que celui qui est situé au-dessus de la séreuse. Certains vaisseaux sont entourés d'en manchon de cellules embryonnaires; dans l'un d'eux, il existe un bourgeon néoplasique qui rétrécit considérablement son calibre. Tout le tissu sarcomateux sous-pleural est parsemé de particules charbonneuses.

c. — *Examen de deux nodules sarcomateux situés à la surface du rein.*

Dans celui qui paraît le plus récent, on constate que la néoplasie a débuté dans les couches profondes de la capsule fibreuse du rein. Vers le centre le tissu normal a entièrement disparu et est remplacé par du tissu sarcomateux analogue à celui que nous venons de décrire. A la périphérie, l'infiltration néoplasique s'étend très loin, sur des points qui semblaient normaux à l'œil nu.

Dans le noyau qui paraît plus âgé, le centre est infiltré d'hématies et nécrobiosé; il plonge comme un coin dans le tissu rénal dont on ne reconnaît les limites qu'à la présence de quelques tubes contournés encore sains. A mesure qu'on s'avance vers la périphérie du nodule, les tubes contournés deviennent de plus en plus nombreux; ils sont seulement dissociés par des traînées de tissu sarcomateux qui descendent plus ou moins bas dans le parenchyme rénal. La partie centrale du nodule est très friable, elle disparaît sur la plupart des coupes, pendant les manipulations.

En résumé, dans les nodules secondaires comme au niveau des nodules cutanés, le tissu néoplasique est constitué par des cellules fusiformes ou polygonales. Les vaisseaux sont très friables, donnent lieu à des hémorrhagies interstitielles ou sont obturés par des bourgeons sarcomateux.

CONCLUSIONS

1° Des tumeurs sarcomateuses peuvent rester pendant plusieurs années limitées à un membre. Elles se propagent suivant le trajet des

lymphatiques et envahissent les ganglions qui semblent faire obstacle pendant un certain temps à leur dissémination.

2° Ces tumeurs deviennent le siège d'ulcérations qui peuvent persister où être suivies de cicatrisation en général partielle et non durable.

3° Elles offrent dans leur mode de distribution, leurs caractères et leur évolution une grande analogie avec la lymphangite tuberculeuse nodulaire, mais elles s'en distinguent par les hémorrhagies incessantes qui se produisent, soit dans l'intimité du tissu néoplasique, soit à l'extérieur après l'ulcération.

4° Des hémoptysics survenant dans le cours de la maladie sont en faveur du diagnostic d'une sarcomatose étendue au poumon, si l'expectoration ne contient que des bacilles de Koch.

5° L'étude histologique nous montre quelles sont les causes des hémorrhagies. Des bourgeons néoplasiques oblitèrent un grand nombre de capillaires et de veines. Ces troubles circulatoires ont pour conséquence la formation dans le tissu morbide de foyers de dégénérescence au sein desquels se produisent des hémorrhagies secondaires.

QUELQUES APERÇUS

SUR LES

DERMATOSES PRURIGINEUSES ET SUR LES ANCIENS LICHENS

Par le Dr **L. Brocq.**

Communication faite au 2e Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie.

PRÉAMBULE

Dans ce qui va suivre nous n'avons pas l'intention de nous occuper de toutes les dermatoses prurigineuses : nous n'envisagerons que les affections cutanées dans lesquelles le prurit joue un rôle en quelque sorte prépondérant, et dont l'origine, le point de départ, la cause première semblent résider dans une sorte d'état morbide particulier du système nerveux.

Ainsi circonscrit, le cadre de ces maladies est encore des plus vastes : on voit en effet qu'on doit y faire rentrer une foule d'affections classées à l'heure actuelle dans les urticaires d'origine interne, dans les eczémas dits lichénoïdes, et en outre le prurigo dit de Hebra, les lichens circonscrit, agrius, etc., des anciens auteurs français, la dermatite herpétiforme de Duhring et ses variétés, peut être les vrais lichens ruber, et d'autres dermatoses.

Malgré la diversité de leurs symptômes objectifs ces affections présentent des caractères communs que nous allons tâcher de mettre en relief ; d'ailleurs leur étude doit, ce nous semble, être reprise sur des bases nouvelles qu'avec nos maîtres MM. les Drs E. Vidal et E. Besnier nous nous efforçons depuis plusieurs années de préciser. Tel est l'objectif de ce travail.

On sait que depuis quelques années nous nous sommes attachés après plusieurs autres, mais avec une ténacité particulière, à établir que pour arriver à une conception juste et naturelle des affections de la peau on ne doit pas se guider uniquement sur l'aspect extérieur, sur la forme seule de l'éruption : il faut évidemment en tenir grand compte, mais il faut aussi étudier l'ensemble de la maladie, sa pathogénie, son évolution, ses symptômes subjectifs, etc..., et ne former des groupes qu'en s'appuyant sur la résultante de ces données. On ne doit donc pas faire seulement œuvre d'analyste minutieux de la lésion locale à un moment donné de la dermatose, il faut s'élever

au delà, embrasser l'ensemble même de la maladie et tâcher d'en pénétrer la véritable nature. C'est ce que nous avons déjà fait pour la dermatite herpétiforme de Duhring; c'est ce que nous voudrions faire pour les dermatoses prurigineuses.

Il nous faut donc tout d'abord examiner quelles sont les éruptions diverses par lesquelles elles peuvent se manifester objectivement, et quelle est la valeur intrinsèque de chacune de ces manifestations cutanées ; il nous sera ensuite facile d'indiquer dans une deuxième partie comment il nous semble que l'on doit comprendre ces dermatoses.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE GÉNÉRALE DES MANIFESTATIONS ÉRUPTIVES DES DERMATOSES NÉVROSIQUES PRURIGINEUSES

Les dermatoses névrosiques prurigineuses peuvent s'accompagner d'éruptions fort diverses que l'on doit diviser en deux groupes principaux :

Le premier groupe comprend des éruptions spéciales paraissant être particulières à une affection donnée : telles sont les papules caractéristiques du lichen ruber et leurs diverses variétés, les papules de début du prurigo de Hebra, si du moins on admet pour exactes les dernières recherches qui ont paru sur ce point. Nous n'avons rien de nouveau à dire sur ce premier groupe.

Le deuxième groupe comprend, au contraire, des éruptions banales, c'est-à-dire des éruptions pouvant être les symptômes d'affections très diverses dans leur nature. On ne doit, d'après nous, les considérer que comme des modes divers de réaction de l'organisme qui, sollicité par une cause morbifique, réagit extérieurement de telle ou telle façon, suivant ses idiosyncrasies particulières.

Ces éruptions banales sont nombreuses ; il suffit, pour se convaincre de leur multiplicité et de leur polymorphisme, de se reporter à l'histoire de la dermatite herpétiforme. Nous nous contenterons de passer rapidement en revue leurs trois variétés de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes, qui sont : 1° *Les éruptions lichénoïdes;* 2° *les éruptions eczémateuses;* 3° *les éruptions urticariennes.*

1° ÉRUPTIONS LICHÉNOIDES. — DES MODIFICATIONS QUE LE GRATTAGE FAIT SUBIR AUX TÉGUMENTS. — THÉORIE DE LA LICHÉNIFICATION

Lorsque l'on exerce sans cesse un traumatisme quelconque sur un point précis de la peau, cette peau, ainsi traumatisée, subit peu à peu, dans la grande majorité des cas, des modifications plus ou moins profondes dans son aspect, sa texture, son fonctionnement. C'est

ainsi que se développent peu à peu les diverses lésions cutanées professionnelles, les altérations dermiques dues à la compression des corsets, des bandages herniaires, etc. Or, quand on n'a plus affaire à une peau normale, mais à une peau en état morbide, les traumatismes que l'on exerce sur elle produisent parfois des modifications bien plus rapides et bien plus profondes. En particulier, dans les cas si fréquents où l'on éprouve des démangeaisons, si l'on traumatise incessamment l'endroit prurigineux en se grattant, on peut déterminer, comme l'a fort bien prouvé M. le Dr Jacquet, avec une assez grande rapidité, des altérations cutanées qui consistent essentiellement en une inflammation chronique des téguments. Le derme s'infiltre peu à peu d'éléments embryonnaires; il s'épaissit, devient dur et rugueux; les papilles s'hypertrophient, se groupent même parfois de façon à simuler des papules assez irrégulières et inégales, n'ayant aucune relation ni avec l'appareil sébacéo-pilaire, ni avec l'appareil sudoripare.

Après un laps de temps plus ou moins long la peau offre un aspect assez spécial caractérisé par de l'exagération de ses plis naturels qui forment une sorte de quadrillage à mailles plus ou moins larges et régulières, et par une infiltration plus ou moins accentuée des téguments qui ontperdu leur souplesse et leur consistance normales. Tel est le processus morbide auquel je donne le nom de *Lichénification* (1).

D'ailleurs tous les degrés peuvent s'observer dans ces modifications subies par les téguments. Tantôt les tissus sont très épaissis, infiltrés, sillonnés de quadrillages des plus nets, parfois hérissés d'éléments pseudo-papuleux des plus évidents : *la lichénification est dans ce cas très accentuée : elle peut n'être que modérée; elle peut aussi n'être que peu marquée.* Parfois enfin les téguments n'ont pour ainsi dire pas subi d'épaississement notable, et cependant, quand on les observe de très près, on voit que leurs plis naturels sont exagérés, que dans les intervalles de ces plis il est possible de percevoir

(1) Nous disons *lichénification* et non *lichénisation*. Malgré toute notre déférence et tout notre respect pour nos maîtres, nous ne pouvons accepter le terme de lichénisation proposé par M. le Dr E. Besnier et adopté par M. le Dr E. Vidal, et cela pour les raisons suivantes : 1° c'est nous qui avons les premiers, dans nos leçons du 29 mai et 3 juin 1891, publiées en août 1891, donné la théorie complète des lichénifications de la peau, et ce n'a été que le 12 mai 1892, un an plus tard, que M. le docteur E. Besnier a proposé de donner au même processus morbide le nom de lichénisation ; le terme de lichénification a donc incontestablement pour lui la priorité; 2° il nous paraît, de plus, préférable comme dénomination : le verbe *lichénifier* (lichen, facere) indique, ce nous semble, on ne peut mieux, la manière dont se produit la lésion; c'est le malade qui la *fait* lui-même par le grattage; il implique et montre l'intervention directe du sujet, ce que ne fait point au même degré le verbe lichéniser : or, le substantif de *lichénifier* est évidemment *lichénification*.

comme de petites facettes aplaties, brillantes, rappelant de loin, sauf leur coloration et leur netteté, les petits éléments minuscules de début du lichen planus. Dans ces cas la peau a souvent perdu sa coloration normale ; elle a une teinte un peu bistre : *nous donnons à cet état spécial des téguments le nom de lichénification avortée.*

Il y a donc des degrés dans la lichénification ; d'autre part toutes les personnes qui ont du prurit et qui se grattent n'arrivent pas à lichénifier leurs régions malades avec une égale rapidité. Il semble, d'une part, qu'il y ait des affections qui modifient la vitalité ou la nutrition des téguments de telle sorte que la lichénification se produise avec la plus grande facilité chez ceux qui en sont atteints, alors que dans d'autres maladies prurigineuses la résistance des téguments aux traumatismes semble être normale ou même augmentée. D'autre part, il y a des sujets qui paraissent être plus prédisposés que d'autres à voir leur peau subir les modifications que nous venons de décrire.

Donc, par cela seul qu'un malade est atteint de prurit en un point quelconque du corps et qu'il se gratte pendant un certain temps, il ne faut pas croire que les régions intéressées vont sûrement se lichénifier : il faut, de plus, pour que la lichénification se produise, que la maladie prédispose à la lichénification, et très probablement que le malade y soit lui-même prédisposé.

Or (et c'est là ce qu'il importe de bien comprendre pour arriver à classifier les affections qui nous occupent), la lichénification peut se produire soit d'emblée sur une peau saine du moins objectivement, soit sur une peau déjà atteinte d'une dermatose antérieure.

Nous avons donné au premier groupe de faits le nom de *lichénifications primitives* ; l'état lichénoïde y est pur ; il constitue toute l'éruption : ces lichénifications primitives se divisent en deux grandes catégories *selon qu'elles sont circonscrites* et dans ce cas elles répondent au lichen circumscriptus des anciens auteurs, au lichen simplex chronique de M. le Dr E. Vidal, à nos névrodermites circonscrites chroniques, et *selon qu'elles sont diffuses* et dans ce cas elles répondent à nos névrodermites diffuses (voir sur ces points nos travaux de 1891-92). *Ces lichénifications primitives sont les seules affections qui soient vraiment dignes du nom de lichen au sens ancien du mot.*

Par contre, les faits qui rentrent dans notre deuxième groupe, et auxquels nous avons donné le nom de *lichénifications secondaires* ne sont pas de vrais lichens ; *ce ne sont que des dermatoses lichénifiées.* Ces lésions sont d'une extrême fréquence : elles sont tellement banales qu'elles attirent presque exclusivement l'attention, et portent à méconnaître l'existence des lichénifications primitives. En effet, presque toutes les affections prurigineuses de la peau dont les mani-

festations sont assez fixes, donnent lieu à d'importants traumatismes qui déterminent au bout de quelque temps un certain degré de lichénification des téguments. Pour que ces lichénifications secondaires se développent, il suffit donc que l'affection cutanée primitive soit prurigineuse, qu'elle occupe un espace de temps suffisant une même région des téguments, de telle sorte que cette région soit assez longtemps soumise aux actions traumatiques lichénifiantes, et que le sujet soit lui-même prédisposé à la lichénification. Aussi les observe-t-on très fréquemment dans les eczémas chroniques, dans les éruptions artificielles, dans les psoriasis prurigineux, dans le lichen ruber planus, dans le mycosis fongoïde, dans le pityriasis rubra, etc., mais surtout dans l'affection à laquelle en France nous avons donné le nom de prurigo de Hebra, ou pour mieux dire dans ce que j'ai appelé la première variété de cette affection (voir sur ce point le mémoire de M. Vidal sur le lichen, 1886, et mes travaux de 1892).

En somme, la lichénification peut s'observer dans les états morbides les plus divers. *Elle ne doit donc être considérée que comme un syndrome, et ne peut ni caractériser à elle seule un groupe pathologique bien défini, ni devenir la base unique d'une classification.* C'est pour ne pas en avoir compris la valeur réelle que les dermatologistes ont commis tant d'erreurs à son égard : les uns, la voyant coïncider de la manière la plus nette avec une autre dermatose bien définie, et en particulier avec l'eczéma, ont cru que dans tous les cas elle se reliait à cette dermatose et l'ont considérée comme une simple variété d'eczéma ; les autres, ayant observé des faits incontestables dans lesquels ce processus de la lichénification s'était produit d'emblée sans autre éruption antérieure, lui ont attribué trop d'importance intrinsèque, et ont eu trop de tendance à faire de tous les cas divers dans lesquels ils le constataient des variétés à part d'une grande dermatose à laquelle ils donnaient le nom de lichen. Tel est la clef de toutes les confusions qui ont obscurci cette question.

On voit donc que pour arriver à une conception précise des affections dans lesquelles on observe le syndrome de la lichénification, il faut faire abstraction de ce syndrome, et rechercher avant tout par les commémoratifs, par l'exploration patiente de l'éruption et de toute la surface des téguments, si cet élément est surajouté à une éruption antérieure et à quelle éruption. Si l'on ne trouve aucun vestige d'éruption antérieure, si l'on ne peut découvrir de lésion élémentaire permettant de poser le diagnostic de prurigo de Hebra, de lichen ruber, de psoriasis, d'éruption artificielle professionnelle, etc..., on pensera à une lichénification primitive, à une névrodermite pure. Dans le cas contraire on conclura à une lichénification secondaire, à une dermatose lichénifiée. Quel que soit d'ailleurs le diagnostic précis auquel l'on arrive, il est certain que la lichénification dans une dermatose

indique tout d'abord l'existence d'une excitabilité cutanée accentuée, de grattages fréquents, et de persistance depuis un certain temps de la dermatose au point ainsi modifié. Elle témoigne de plus d'une idiosyncrasie particulière au sujet : *en somme c'est un véritable trouble trophique cutané.*

2° ÉRUPTIONS ECZÉMATEUSES

Des considérations analogues s'appliquent aux éruptions eczémateuses. Depuis quelque temps déjà nous ne considérons plus en France l'éruption vésiculeuse et squameuse connue sous le nom d'eczéma comme constituant une entité morbide définie : Sous l'influence de MM. les Drs E. Vidal et E. Besnier, cette doctrine a été communément adoptée dans notre pays ; pour nous elle est profondément vraie. L'éruption eczémateuse, l'*eczématisation*, comme le dit M. le Dr E. Besnier, n'est qu'un mode de réaction spécial de l'économie sous l'influence d'excitations diverses, ce qui explique comment une éruption eczémateuse typique peut provenir d'une irritation locale, ou d'une intoxication de l'économie, où d'une influence nerveuse quelconque, ce qui explique aussi comment l'eczématisation peut se combiner chez un même sujet avec d'autres manifestations morbides cutané e.

Nous avons même démontré qu'elle peut dans certains cas et à certains moments de l'évolution de la maladie compliquer une éruption de lichénification primitive, une névrodermite pure, et que ce n'est là qu'un simple épiphénomène, un accident pour ainsi dire dans la marche générale de l'affection. Tous ces faits, au premier abord si obscurs, s'éclairent singulièrement si on veut les envisager d'après les principes que nous venons de poser.

3° ÉRUPTIONS URTICARIENNES

Nous ne nous étendrons pas sur les éruptions urticariennes après les détails dans lesquels nous venons d'entrer. Le processus urticarien est un des modes de réaction les plus fréquents, les plus banals des affections prurigineuses : il peut exister seul ou se combiner avec d'autres éruptions. Si nous laissons de côté le prurigo de Hebra, presque toujours les papules de prurigo que l'on observe chez elles ont pour point de départ une élevure d'urticaire que le malade excorie à son sommet. Les éruptions prurigineuses infantiles sont, comme l'a démontré Colcott Fox, presque toutes composées d'éléments urticariens papuleux, papulo-vésiculeux, papulo-bulleux.

Tout à côté de ces formes éruptives nous devons signaler celle qui constitue la lésion élémentaire de l'affection spéciale à laquelle M. le Dr E. Vidal a donné le nom de lichen simplex aigu (voir son mémoire

de 1886 et nos ouvrages), et qui est constituée par de petites papules, souvent par des papulo-vésicules d'un rouge rosé, isolées les unes des autres, nombreuses, prurigineuses, souvent excoriées au sommet, et qui tiennent le milieu entre l'élément de l'urticaire, l'élément de l'éruption sudorale, l'élément de l'érythème papuleux et l'élément de ce que l'on est convenu d'appeler l'eczéma papulo-vésiculeux.

DEUXIÈME PARTIE

CONCEPTION GÉNÉRALE DES DERMATOSES NÉVROSIQUES PRURIGINEUSES

Dans les affections dites névrosiques de la peau, il faut tenir compte de trois éléments pour en apprécier la nature et arriver à les classifier :

1° *Avant tout il faut s'efforcer d'apprécier le principe, l'essence même de la maladie :* cette tâche est évidemment des plus difficiles à l'heure actuelle. Tout ce que nous pouvons dire le plus souvent, c'est que l'on trouve à l'origine du mal cet état particulier de l'organisme auquel on a donné le nom de nervosisme, état très complexe, encore mal connu, qu'il est malaisé de préciser, et dont il serait cependant désirable de déterminer les formes diverses, car ces distinctions devraient constituer la base même de la classification des névroses cutanées. Parfois on ne trouve comme origine même du mal que cet état de nervosisme qui, s'accentuant peu à peu, ou bien faisant porter ses principales manifestations du côté des téguments, donne naissance à la dermatose ; parfois au contraire celle-ci apparaît à la suite d'une cause occasionnelle, émotion violente, choc moral, chagrin, etc... qui met en jeu ou augmente la nervosité du sujet.

2° Le *deuxième élément dont il faut tenir compte est le mode suivant lequel ce nervosisme agit sur la peau* : il est déjà plus facile à analyser. Tantôt en effet les *déterminations cutanées du nervosisme se produisent d'une manière intermittente, soit régulière* (prurit menstruel, prurit saisonnier), *soit irrégulière* (prurit se manifestant sous la forme de crises goutteuses) ; *tantôt elles se produisent d'une manière permanente.*

Tantôt elle *se circonscrivent en un* ou plusieurs points, symétriques ou non ; tantôt elles *siègent du côté de l'extension*, tantôt *du côté de la flexion*. De là des distinctions fort importantes permettant déjà d'établir des catégories.

3° Le *troisième élément dont il faut tenir compte est la manière dont les téguments réagissent* quand il se produit sur eux des déterminations de cette nervosité, et c'est ici qu'interviennent les diverses modalités éruptives que nous avons étudiées plus haut.

En tenant compte des trois éléments que nous venons d'énumérer,

nous croyons pouvoir classifier ainsi qu'il suit les affections dont nous parlons :

I. — *Dans un premier groupe de faits le tégument ne réagit pas*, c'est-à-dire ne présente aucune éruption spontanée, et ne subit que peu ou point de modifications malgré les grattages. Ce sont les prurits sine materiâ, les prurits sine prurigo. Nous leur donnons le nom de *Névrodermies*. Ces névrodermies peuvent être généralisées ou localisées.

A. *Névrodermies généralisées.*

a) *Elles peuvent être à longue durée, continues, sans intermittences*, et le type en est le *prurit sénile*; mais on peut aussi en dehors de la vieillesse observer de ces prurits généralisés à longue durée, permanents, sans éruption spontanée ni lichénification des téguments. En voici un exemple typique :

Obs. I. — *Névrodermie généralisée sans lichénifications. Prurit généralisé analogue au prurit sénile chez une névropathe.*

Le 9 mai 1892, Mme L..., ménagère, âgée de 43 ans, vient me consulter à l'hospice La Rochefoucauld pour des démangeaisons qu'elle éprouve depuis six ans. Elle n'a jamais eu de maladies antérieures; elle est très nerveuse, fort impressionnable, maigre ; elle a la peau sèche, un peu amincie et sénile d'aspect.

Le prurit est depuis longtemps déjà généralisé à tout le corps: il est continuel. La malade passe son temps à se gratter. La peau dans sa totalité, mais surtout sur les membres supérieurs, sur les épaules et sur le dos, est couverte d'excoriations dues à des coups d'ongles qui l'ont éraflée et même excoriée. Elle a pris en ces points d'élection, surtout sur le dos, une teinte légèrement jaunâtre, pigmentée, parsemée de points blanchâtres qui semblent être des vestiges de cicatrices. Elle n'est nullement épaissie, et ne présente aucun symptôme de lichénification. Cependant vers les avant-bras on trouve de petits sillons plus marqués que normalement et entre lesquels se voient de petites facettes brillantes ; c'est une sorte d'état granité de la peau qui se retrouve aussi aux jambes. Il n'y a jamais eu d'éruption, pas de parasites. Rien dans les urines.

La malade est soumise aux douches chaudes et aux pommades phéniquées. Elle remarque au bout d'un certain temps que depuis qu'elle prend des douches chaudes elle ne se gratte plus dans le courant de la journée ; mais dès qu'elle se couche elle est reprise de démangeaisons.

Le 15 juin on note que c'est le dessous des bras qui est en ce moment la région la plus prurigineuse; elle est cependant le siège d'une assez abondante transpiration ; le reste du corps est d'une sécheresse presque absolue. La malade a pris plus de 20 douches chaudes ; elle n'éprouve pas la moindre sensation d'affaiblissement; elle se dit améliorée, cependant elle se gratte toujours.

b) Ces prurits peuvent être aussi *passagers, intermittents*, comme certains prurits arthritiques, et certains prurits menstruels.

B. *Névrodermies localisées circonscrites.*

a) Comme les névrodermies généralisées, *elles sont parfois continues, persistantes pendant des mois et des années*; en voici un exemple :

Obs. II. — *Névrodermie circonscrite chronique sans lichénifications. Prurit des régions frontales et sourcilières.*

M. X..., âgé de 50 ans environ, vient me consulter en février 1892 pour un prurit incessant des régions frontales et sourcilières. Il en est atteint depuis sept ou huit ans, et il a tout tenté sans succès pour s'en délivrer. Il est rhumatisant, très impressionnable et a eu de violents chagrins à la suite desquels est apparue l'affection prurigineuse. Les démangeaisons sont presque incessantes; cependant elles reparaissent par crises plus violentes à un instant quelconque de la journée sans cause appréciable le plus souvent; le malade peut dormir.

A l'examen, la région frontale et les régions sourcilières ne présentent pas d'éruption visible; la peau en ces points est un peu rouge, comme chagrinée, elle n'est pas manifestement épaissie, elle ne présente pas la moindre trace de lésions de grattage. Les sourcils n'existent plus; on voit que tous les poils de cette région sont usés par les frottements incessants auxquels elle est soumise.

Un régime d'une sévérité extrême et l'usage à l'intérieur de la teinture mère de belladone amenèrent un calme très marqué; au bout d'un mois et demi le malade ne se grattait plus et les sourcils commençaient à repousser.

b) Les *névrodermies circonscrites peuvent aussi être intermittentes, régulières ou irrégulières.*

Les prurits circonscrits sans éruption concomitante peuvent siéger en un point quelconque du corps, et en particulier à la face, au nez, aux mains, aux pieds, à l'anus, aux parties génitales.

II. — *Dans un deuxième groupe de faits le tégument réagit; mais il ne le fait que sous l'influence des grattages, et il ne se produit ici que les lésions cutanées que nous avons décrites sous le nom de lichénifications primitives.*

A. *Ces lésions peuvent être très peu marquées (lichénifications avortées)*, (voir plus haut) et presque toujours dans ce cas elles sont diffuses, symétriques. Dans quelques cas, elles sont précédées de poussées d'urticaire. Ces affections sont vraiment dignes du nom que nous leur avons donné dans nos travaux antérieurs (1891-92) de *névrodermites diffuses*. Nous en avons déjà publié un cas typique (1891); en voici deux autres des plus instructifs.

Dans le premier les lésions sont très avortées, et ressemblent tout à fait, à un examen superficiel, à de l'eczéma sec diffus; c'est bien la forme la plus atténuée qu'il soit possible de concevoir de la lichénification.

Dans le second les lésions sont plus accentuées, et en même temps un peu plus circonscrites : c'est en quelque sorte un fait de passage entre le type que nous étudions, et les suivants.

Obs. III. — *Névrodermite diffuse. Lichénifications diffuses avortées primitives chez une névropathe.*

Le 8 juin 1892, Mme M..., coloriste, âgée de 43 ans, vient me consulter à l'hospice La Rochefoucauld pour une affection prurigineuse de la peau. Cette maladie a débuté il y a 2 mois 1/2 par une petite plaque eczémateuse d'aspect, légèrement suintante, dit la malade, très prurigineuse, que l'on voit encore à la face externe du bras droit; les bords en sont peu nets, diffus; le derme est épaissi à son niveau, sa surface est sillonnée de plis formant quadrillage ; on y trouve des sortes de pseudo-papules plus ou moins excoriées et une desquamation blanchâtre, furfuracée, adhérente.

Sur le reste des bras et la face externe des avant-bras, se voient des traces de grattage, des excoriations, et en plusieurs points un aspect eczématiforme. Les cuisses ont la même apparence : on y trouve une légère teinte pigmentée de la peau, des traces de grattage, et, quand on tend les téguments, on y découvre par un examen attentif de très nombreux petits éléments simulant de minuscules papules brillantes de lichen planus. Toutes ces lésions sont d'ailleurs symétriques et siègent surtout à la face externe et un peu à la face interne des cuisses. C'est en somme une névrodermite diffuse simulant l'eczéma en beaucoup de points.

Comme confirmation de ce diagnostic la malade présente un état nerveux des plus accentués, des plaques de vitiligo au cou et au-dessus des sourcils. Traitement : douches chaudes ; pommade phéniquée.

Le 22 juin on constate sur les jambes des plaques récentes qui simulent comme aspect l'eczéma fendillé, mais qui ne suintent pas : elles sont également symétriques ; il n'y a pas de changement notable dans l'état morbide.

Le 8 juillet, les téguments sont complètement modifiés : presque toutes les lésions ont disparu, sans qu'il y ait eu le moindre suintement et pour ainsi dire pas de desquamation depuis le premier jour où nous avons vu la malade. L'état nerveux général est meilleur; les douches chaudes sont continuées.

Obs. IV. — *Névrodermite diffuse. Lichénifications diffuses symétriques primitives chez une névropathe.*

Le 17 juin 1892, Mme V...., ménagère, âgée de 35 ans, vient me consulter à l'hospice La Rochefoucauld. A 25 ans, elle a eu une gastrite, et actuellement encore elle vomit assez souvent 4 ou 5 heures après le repas. L'an dernier, elle a eu des douleurs rhumatismales avec gonflement des pieds et des mains. Elle a eu 5 enfants vivants et bien portants ; elle n'a rien eu à la peau à chaque grossesse. Actuellement elle a un léger prolongement du premier bruit du cœur ; elle est très impressionnable, elle pleure facilement, et a des crises nerveuses pour le moindre motif. Elle nourrit une petite fille de 6 mois.

Il y a 5 mois, quelque temps après un accident de voiture où elle faillit être écrasée et où elle éprouva une vive frayeur, elle vit survenir l'affection actuelle qui débuta par les cuisses, et qui fut soignée par du goudron, améliorée, puis qui récidiva dès que l'on cessa le traitement; elle prit alors des bains sulfureux qui lui donnèrent une nouvelle poussée. Actuellement elle souffre de démangeaisons intolérables sur le bas-ventre et le haut des cuisses.

Tous les plis abdominaux inférieurs, nombril, pli transversal sus-pubien, pli inguinal, sont le siège d'une rougeur assez intense, uniforme, simulant au premier abord l'eczéma séborrhéique, avec un peu de suintement apparent ; mais on ne tarde pas à se convaincre que ce suintement est dû en très grande partie, sinon en totalité, à la transpiration, laquelle est fort abondante (car la malade est très grasse), et entretient par suite la rougeur vive des téguments que l'on observe. Les limites de l'éruption sont très irrégulières et figurées en carte géographique. Sur la partie supérieure et interne des cuisses se voient de nombreux placards fort irréguliers de forme et d'étendue, à bords assez nettement arrêtés, mais découpés en arabesques des plus capricieuses : ils sont un peu surélevés au-dessus du niveau des parties voisines, d'un rouge assez vif en certains points qui sont très en activité, un peu jaunâtres en d'autres, recouverts de fines squames, présentant des traces de grattage, de l'exagération des sillons cutanés formant comme une sorte d'état quadrillé fin, et un léger épaississement du derme en plusieurs points. Sur la périphérie de ces plaques se voit une certaine teinte brune des téguments avec exagération des sillons cutanés et aspect pseudo-papuleux dû à la présence de petits éléments brillants semblables à de minuscules papules de lichen planus que l'on retrouve dans les mailles du quadrillage.

A la partie tout à fait interne et supérieure des cuisses les lésions sont beaucoup plus marquées et la teinte pigmentée brunâtre est uniforme.

Çà et là disséminés sur les cuisses se voient de tout petits éléments d'attaque ayant l'aspect de toutes petites papules rouges excoriées. Sur le ventre on trouve de nombreux éléments analogues disséminés sans ordre aucun, brillants, aplatis, ressemblant tout à fait à des éléments de lichen planus : un grand nombre d'entre eux sont excoriés. Le pli transversal sus-pubien est d'un rouge vif dans toute son étendue depuis l'épine iliaque droite jusqu'à l'épine iliaque gauche. Le creux du nombril, agrandi par l'existence d'une petite hernie ombilicale, est également d'un rouge fort intense; les mêmes lésions s'observent au-dessous des seins.

Le 24 juin, la malade est déjà un peu améliorée par une simple pommade à l'oxyde de zinc phéniquée, et par les douches chaudes.

Le 27 juin, on remarque que la pommade au calomel au 30e agit mieux que la pommade à l'acide phénique.

Le 8 juillet, l'éruption a beaucoup pâli et a disparu en certains points.

B. *Les lichénifications primitives peuvent aussi être franches, pures, très marquées ;* le tégument réagit à un haut degré sous l'influence des grattages ; presque toujours, dans ces cas, les lésions sont chroniques, circonscrites, symétriques ou non ; elles sont vrai-

ment dignes du nom que nous leur avons déjà donné, M. le Dr Jacquet et moi, de *névrodermites circonscrites chroniques*. Elles répondent au lichen circonscrit des anciens auteurs, au lichen simplex chronique de M. le Dr E. Vidal.

Ces lésions sont en France des plus fréquentes ; nous en avons publié, dans notre mémoire sur cette question, plusieurs exemples typiques ; comme elles ne sont pas encore très bien connues en Allemagne, nous croyons utile d'ajouter à notre travail les deux exemples suivants qui montrent deux aspects un peu différents de cette dermatose si spéciale.

Obs. V. — *Névrodermite circonscrite chronique. Lichénification circonscrite primitive. Lichen simplex chronique au début à aspect pseudo-papuleux.*

Le 11 mai 1892, Mme R..., âgée de 49 ans, blanchisseuse, vient me consulter à l'hospice La Rochefoucauld pour des démangeaisons qu'elle éprouve depuis 3 mois.

Il est impossible de savoir ce qui a commencé, le prurit ou l'éruption. Quoi qu'il en soit, les lésions se sont peu à peu étendues, et, à l'heure actuelle, elles forment deux larges plaques symétriques de forme générale ovalaire à grand axe vertical, à la partie supérieure et interne des cuisses.

Elles sont essentiellement constituées par des sortes d'éléments papuleux, d'une grosseur qui varie de celle d'une petite tête d'épingle à celle d'une petite lentille ; elles forment des saillies très variables à la surface des téguments ; leur couleur est d'un rouge légèrement rosé ; elles sont irrégulières de forme, polygonales, à contours peu nets, pour la plupart excoriées à leur sommet, et alors à vif ou recouvertes de croûtelles ; d'autres ne sont pas excoriées, et sont ou bien acuminées, ou bien aplaties, brillantes à leur surface comme des éléments de lichen planus. Elles sont assez nettement isolées les unes des autres vers la périphérie de la plaque ; elles ont plus de tendance vers le centre à devenir confluentes, mais nulle part elles ne constituent d'infiltration uniforme. Elles reposent sur un derme un peu épaissi, légèrement brunâtre, sillonné de plis entre-croisés de façon à délimiter des losanges.

La sensibilité à la température et à la piqûre semble être conservée.

La plaque de la cuisse droite est moins étendue que celle de la cuisse gauche, à laquelle se rapporte surtout ce qui précède. Au centre de la plaque droite se voient des tractus irréguliers, blanchâtres, comme décolorés. Il n'y a jamais eu de suintement au niveau de ces lésions.

Traitement : Lotion à l'eau fort chaude, glycérolé tartrique, douches chaudes.

Le 8 juin, les plaques de névrodermite sont plutôt en voie de disparition : mais de temps en temps il se produit à leur niveau des éruptions artificielles soit sous l'influence du grattage, soit sous l'influence des topiques.

Obs. VI. — *Névrodermite circonscrite chronique. Lichénification circonscrite primitive chronique. Lichen simplex chronique circonscrit à plaques multiples chez une névropathe.*

Le 8 juin 1892, Mme W..., âgée de 54 ans, ménagère, vient nous consulter à l'hospice La Rochefoucauld pour une affection prurigineuse qui date de 5 ou 6 ans. Comme antécédents morbides nous trouvons à noter une pleurésie il y a 12 ans. A l'âge de 14 ans la malade a eu, avant d'être réglée, quatre ou cinq crises de nerfs avec perte de connaissance complète. Depuis qu'elle a été réglée, elle n'a plus eu de crises nerveuses, mais elle est restée extrêmement impressionnable, elle pleure et rit facilement, et se met pour des motifs futiles dans de violentes colères.

Il y a environ 5 ou 6 ans la maladie actuelle a commencé par du prurit siégeant vers la main droite. Il est impossible de savoir d'une manière précise si le prurit a précédé toute éruption, ou bien s'il y a eu tout d'abord de petits boutons rouges qui suintaient. Il est certain par contre que la plaque de la cuisse n'a jamais été le siège d'aucun suintement. Quoiqu'il en soit, les lésions se sont peu à peu accentuées.

A l'heure actuelle, la malade présente à la partie antérieure un peu externe et inférieure de l'avant-bras droit, vers le poignet, une plaque irrégulièrement ovalaire, à grand axe vertical d'environ 7 à 8 centimètres de long, à petit axe transversal de 4 à 5 centimètres. C'est par elle que l'affection a débuté il y a 5 ou 6 ans. Ses bords sont plutôt assez mal définis, quoiqu'en somme dans leur ensemble ils donnent à la plaque un certain air général de circonscription. A la partie tout à fait externe, le long du bord externe du radius, ils forment une sorte de ligne convexe assez régulière ; vers la partie inférieure de la plaque, ils forment une ligne presque droite ; enfin à la partie interne et supérieure la ligne qu'ils décrivent est irrégulière, dentelée, quoique convexe dans son ensemble. Ce bord en somme peu net, je le répète, quand on le regarde de près, présente des éléments pseudo-papuleux, à sommet excorié, dont quelques-uns sont çà et là disséminés et isolés au milieu des tissus sains périphériques, ou pour mieux dire au milieu de la zone pigmentaire périphérique : ils sont surtout abondants vers le bord interne. Ces éléments deviennent confluents en dedans du bord et forment ainsi la plaque. Celle-ci présente l'aspect d'une sorte de nappe rouge, dont la rougeur disparaît par la pression en laissant une teinte légèrement jaunâtre : sa surface est sillonnée de plis assez irréguliers, quoiqu'ils soient disposés suivant deux séries parallèles s'entre-croisant de manière à former des hachures de dessin. Comme ces plis sont situés à des intervalles un peu irréguliers, ils limitent des sortes de losanges de grandeurs et de formes variables qui semblent correspondre à des sortes de pseudo-papules. Çà et là se voient des excoriations, par places des apparences de fines vésicules, bien que l'on ne puisse par le grattage provoquer de suintement eczémateux ; de plus, toute l'étendue de la plaque est plus ou moins recouverte d'une très fine desquamation sèche, peu abondante, extrêmement adhérente, qui devient plus blanche par le grattage. Le derme est très épaissi au niveau de cette lésion : la sensibilité cutanée y paraît normale. Tout autour de la plaque que nous venons de décrire les

téguments ont dans une certaine étendue une teinte d'un brun clair : ils y sont sillonnés de plis très rapprochés les uns des autres, disposés en deux séries parallèles comme des hachures de dessin, fort serrés, formant un très fin quadrillage ; il semble qu'il y ait au niveau de cette pigmentation un léger épaississement du derme. Les limites de cette zone pigmentée sont diffuses.

Vers la partie interne de l'avant-bras droit, un peu au-dessus du niveau de la plaque précédente, se voit une autre plaque en tout semblable, plus récente, d'aspect plus eczémateux surtout à sa partie inférieure où elle semble criblée de vésicules minuscules ; il n'est cependant pas possible par le grattage de donner lieu à un écoulement de sérosité eczémateuse. Cette plaque est également très indurée, circonscrite, ovalaire, quadrillée, et entourée d'une zone brunâtre diffuse.

A la partie antérieure et inférieure de la cuisse droite, un peu au-dessus du genou, existe depuis un an une troisième plaque allongée ayant de 10 à 12 centimètres de long sur 2 à 5 centimètres de large, presque identique aux précédentes. Les pseudo-papules y sont plus nettes que sur les plaques de l'avant-bras : elles semblent ici, au premier abord, se former autour des follicules pileux, et il est incontestable que certaines d'entre elles portent un poil à leur centre ; mais quand on examine les lésions avec une attention soutenue, on ne tarde pas à remarquer qu'il en est d'autres qui sont nettement intermédiaires aux follicules. De plus, à la surface de la plaque on voit entre les quadrillages des éléments minuscules, arrondis, qui ressemblent à de petites vésicules et qui ne donnent cependant jamais lieu à aucun suintement, malgré les grattages incessants dont ils sont l'objet. L'infiltration de cette plaque est beaucoup moins marquée que celle des plaques du bras, ce qui s'explique, parce qu'elle est plus récente et qu'elle est moins exposée aux traumatismes.

Sur la jambe droite, à la partie antérieure, un peu au-dessous de la tubérosité antérieure et supérieure du tibia, se voient de petites plaques irrégulières d'aspect ayant six mois de date, qui au premier abord paraissent constituées par des éléments eczémateux ou, pour mieux dire, par de toutes petites papulo-vésicules, situées soit autour des follicules pileux, soit dans leur intervalle. Bien que ces éléments aient un certain aspect vésiculeux, en réalité ils ne sont le siège d'aucun suintement, ils sont purement et simplement excoriés à leur sommet par le grattage. Ils sont encore en ce point tout à fait isolés les uns des autres et non réunis en plaque uniforme comme à la cuisse ou au bras. Ils reposent cependant déjà sur une base nettement infiltrée, et en certains points se voit un début de quadrillage.

Traitement : Douches chaudes, pommade phéniquée au 60e.

Le 15 juin, il semble qu'il y ait une certaine amélioration. La malade a pris 4 douches.

Le 22, l'état est à peu près stationnaire. Les douches chaudes, qui ont été continuées, ont produit un assez bon effet au point de vue de l'excitabilité de la peau ; il semble que le prurit soit un peu moins intense, par contre la malade est notablement déprimée. On cesse les douches et l'on emploie une pommade renfermant 2 gr. d'acide salicylique, 3 gr. d'acide tartrique, 1 gr. d'acide phénique pour 54 gr. de glycérolé.

III. — *Un troisième groupe de faits beaucoup plus complexe comprend des cas dans lesquels les téguments réagissent par de l'eczématisation* (E. Besnier) *et de la lichénification.*

Dans ces faits des plus importants, et tellement vulgaires, du moins en France, qu'il nous paraît inutile d'en donner des exemples, c'est d'ordinaire l'eczématisation qui se produit tout d'abord, puis elle se transforme avec rapidité sous l'influence des traumatismes, et l'on a dès lors un mélange intime et en apparence inextricable de lichénifications et d'eczématisations. L'eczématisation peut aussi, mais beaucoup plus rarement, compliquer la lichénification primitive à un moment quelconque de la dermatose.

Ce groupe, extrêmement complexe, devra être subdivisé ; pour le moment, nous ne pouvons qu'en esquisser les contours.

A. Il comprend ces éruptions qualifiées jusqu'ici simplement d'eczémas qui surviennent à la suite de violentes émotions, de chagrins, de surmenage chez des individus prédisposés, le plus souvent arthritiques nerveux ; elles ont de la tendance à récidiver sans cesse chez eux, sous les mêmes influences. *Ces eczémas lichénifiés nous paraissent dignes du nom de névrodermites eczémateuses lichénifiées* ; comme les éruptions dont nous avons parlé plus haut, elles sont diffuses ou circonscrites, à localisations des plus diverses ; presque toujours elles sont symétriques.

B. Entre ces dermatoses et le prurigo de Hebra, il existe toute une gamme ascendante de faits, dans laquelle il est bien difficile d'établir des divisions précises, et dont notre maître, M. le D[r] E. Besnier, vient de commencer tout récemment l'étude (mai 1892), sous le nom de *Prurigos diathésiques*, en s'occupant tout d'abord, comme il devait le faire, des cas les plus nets qui répondent au type « *dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, à forme prédominante eczémato-lichénienne* », et à propos desquels il s'exprime en ces termes : « Leur symptôme premier et leur premier « symptôme est le prurit, prurit intense, rémittent, exacerbant, à « paroxysmes nocturnes, à rémission et à exacerbation saisonnières. « Très ordinairement, il apparaît dès la première enfance ou dans la « jeunesse, mais aussi dans les autres âges, d'une manière souvent « insidieuse et presque toujours larvée. Caractère absolument fonda- « mental, aucune des lésions qui l'accompagnent ou qu'il provoque, « n'est spécifique ; dans le premier âge, ce peut être l'une quelconque « des nombreuses variétés des érythèmes infantiles, des urticaires et « des pseudo-lichens, ou l'une des formes d'eczématisation ou de « lichénisation de la peau que le vulgaire réunit sous le nom de « gourmes. Plus tard, quand la maladie sera constituée, on verra « encore parfois reparaître quelques-unes de ces formes, mais ce « seront surtout les lichénisations en papules, ou en plaques, ou en

« grandes nappes, et au moment des paroxysmes, l'eczématisation,
« sous les formes variées de l'eczéma figuré, diffus, impétigineux, etc....
« C'est une véritable diathèse prurigineuse avec lésions multiformes,
« dont aucune ne peut servir à elle seule à dénommer la maladie,
« c'est-à-dire un prurigo, au sens vrai du mot, un prurigo diathé-
« sique ». (E. Besnier. *Annales de dermatologie*, mai 1892, p. 635.)

Ces faits sont tout à fait identiques, sauf quelques points de détail presque insignifiants, à ce que Hebra a décrit sous le nom de prurigo, et pour notre part, nous avouons qu'avant la communication de notre maître, nous les mettions dans ce groupe.

C. Mais entre ces derniers faits (B) et ceux dont nous venons de parler plus haut (A), il en existe d'autres qui constituent, comme nous l'avons dit, toute une gamme ascendante des plus difficiles à préciser : *c'est là le véritable nœud de la question.*

Ils diffèrent du prurigo vrai de Hebra, soit par leur courte durée, soit par leur siège dans le sens de la flexion, ou à la figure ou au cuir chevelu, soit par leur circonscription, soit par leur début à une époque tardive de la vie, soit par l'absence de l'état urticarien des téguments, et des papules du début, soit par le degré d'intensité du processus qui est souvent réduit à un tel minimum qu'on n'en reconnaît qu'avec une certaine peine la véritable nature : *mais ce sont quand même, comme les types précédents, des névrodermites eczémateuses lichénifiées.*

IV. — *Ces faits nous amènent tout naturellement à ranger dans un quatrième groupe les cas vraiment dignes du nom de prurigo de Hebra.* — Ici les téguments réagissent, du moins si les recherches récentes sont bien exactes, par l'apparition d'un élément particulier, spécial, la papule de prurigo. De plus les téguments sont urticariens. Avec les progrès de la maladie peuvent apparaître les deux processus de la lichénification et de l'eczématisation. Ce polymorphisme, joint aux localisations si spéciales, à la chronicité, à l'évolution par poussées successives, aux hypertrophies ganglionnaires, etc... donne vraiment à cette affection une physionomie à part. C'est *une névrodermite chronique polymorphe spéciale, à type dit en France prurigo de Hebra.*

Or, tout à côté de ce type, il en existe un autre sur lequel, après notre maître M. le Dr E. Vidal, nous avons déjà beaucoup insisté dans nos travaux, et dans lequel les téguments ne réagissent que par de simples papules, ou papulo-vésicules, ou papulo-pustules *géantes* de prurigo ; il n'y a ni lichénification, ni eczématisation secondaires. Cette dermatose essentiellement rebelle à tous les traitements se relie à un nervosisme des plus accentués, assez fréquemment à des affections utérines, et nous semble mériter le nom de *névrodermite chronique à type prurigo pur.*

V. — *Dans un cinquième groupe nous rangerons ces faits à marche plutôt aiguë, mais sujets à des récidives fréquentes, très voisins de l'urticaire, objectivement caractérisés par une éruption disséminée çà et là sur les membres et le tronc de petits éléments papuleux ou papulo-vésiculeux rosés, dont nous avons parlé dans notre 1re partie, et auxquels M. le Dr E. Vidal a donné le nom de Lichen simplex aigu.* Ce sont de *véritables névroses cutanées urticariennes à type lichen simplex aigu de* M. le Dr E. Vidal.

VI. — *Notre sixième groupe comprend des faits dans lesquels les téguments ne réagissent que par des éléments d'urticaire purs, secs ou bulleux.* Ces *névroses cutanées urticariennes pures* sont fréquentes. Mais il est encore plus fréquent peut-être de voir l'urticaire compliquer les éruptions des groupes précédents et celles du groupe suivant.

VII. — *Ce septième groupe comprend les faits si complexes qui se rattachent à la dermatite herpétiforme de Duhring :* les téguments réagissent ici d'une manière essentiellement polymorphe par de l'urticaire, de l'érythème figuré ou non, des vésicules, des bulles, des pustules, etc..., d'où les variétés tenant aux formes éruptives ; d'autre part, les poussées éruptives sont subintrantes, ou successives, ou séparées par des intervalles réguliers ou irréguliers de calme, coïncident ou non avec la grossesse, etc... Ce sont nos dermatites polymorphes douloureuses que nous pourrions dénommer dans notre nomenclature actuelle *névroses cutanées à type dermatite herpétiforme.*

VIII. — On pourrait enfin, mais ceci nous paraît discutable, considérer comme étant le dernier terme de cette longue série *le clihen ruber et ses diverses variétés.* Ici les téguments réagissent par l'éclosion d'un élément éruptif tout à fait particulier, sur la nature spéciale duquel il ne peut y avoir le moindre doute, la papule typique de début du lichen planus d'E. Wilson. Cet élément peut fort bien se montrer spontanément indépendamment de tout traumatisme (comme d'ailleurs très probablement certaines des éruptions des dermatites herpétiformes) ; mais presque toujours il augmente ou se transforme sous l'action du grattage ; parfois il n'apparaît qu'à la suite de ce grattage. Ces éruptions typiques peuvent se compliquer de lichénifications qui finissent alors par voiler les éléments primitifs.

De telle sorte qu'en adoptant notre nomenclature on pourrait classifier ainsi qu'il suit les affections névrosiques prurigineuses de la peau :

I. — Névrodermies (prurits sine prurigo).

A. *Névrodermies généralisées :*

a) *continues, sénile* (prurit sénile), *non sénile.*

b) *passagères intermittentes.*

B. *Névrodermies circonscrites.*
a) *continues.*
b) *intermittentes.*

II. — Névrodermites pures. Lichénifications primitives.

A. Névrodermites diffuses. — *Lichénifications avortées diffuses primitives.*

B. Névrodermites circonscrites chroniques. — *Lichénifications primitives, franches, pures, circonscrites, chroniques.*
Lichen simplex chronique de M. le Dr E. Vidal.

III. — Névrodermites eczémateuses lichénifiées.

A. *N. E. L. ordinaires.*

B. *N. E. L. à type prurigo de Hebra.*

C. *N. E. L. intermédiaires aux deux types précédents.*

IV. — A. Névrodermite chronique polymorphe a type dit en France prurigo de Hebra.

B. Névrodermite chronique a type prurigo pur.

V. — Névroses cutanées urticariennes a type lichen simplex aigu de M. le Dr Vidal.

VI. — Névroses cutanées urticariennes pures.

VII. — Névroses cutanées a type dermatite herpétiforme.

VIII. — Lichen ruber (?).

Telle est la conception que nous proposons des dermatoses névrosiques prurigineuses. Certes, elle est loin de nous satisfaire, car les distinctions établies entre les divers groupes reposent surtout sur les modes divers de réaction des téguments ; mais, quelque provisoire qu'elle soit, elle pourra peut-être faciliter les travaux ultérieurs : c'est là notre unique ambition.

LE FAVUS ET LA PELADE EN FRANCE (1887-1892)

Par le Dr **H. Feulard.**

Communication au 2e congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

S'il est des questions qui méritent avant tout d'être étudiées et discutées dans les congrès internationaux, ce sont celles qui ont trait à certaines maladies contagieuses plus ou moins répandues suivant les divers pays, et pour la prophylaxie et la guérison desquelles il est grandement utile de comparer ce qui se passe chez chacun et les résultats obtenus par les divers systèmes employés.

C'est ainsi que l'on voit revenir presque à chaque congrès la question de la prophylaxie de la syphilis; c'est ainsi qu'en 1889, lors de notre premier congrès, une séance presque tout entière fut consacrée à l'étude de la lèpre et que la même question va encore être discutée dans ce congrès.

C'est sans doute la même raison qui a fait inscrire à l'avance sur le programme du congrès l'étude des « dermatomycoses » et qui a déterminé le comité d'organisation à me demander de préparer un rapport sur l'état de la question de la teigne en France dans ces dernières années. J'ai accepté l'honneur qu'on a bien voulu me faire avec l'espoir que d'autres orateurs appartenant à diverses nationalités prendraient à leur tour la parole pour nous exposer la même situation dans leurs pays respectifs et que de cette étude en commun surgiraient certainement des propositions dont la mise en pratique, aidée par l'exemple de ce qui se passe chez les uns et chez les autres, serait l'occasion d'un nouveau progrès dans la prophylaxie et le traitement de ces désagréables maladies (1).

Mais je m'aperçois, que je suis maintenant le seul inscrit sur cette question et je ne laisse pas que d'en éprouver un certain embarras.

Qu'on ouvre, en effet, la dernière édition du traité des maladies de la peau de notre éminent président (2e édition de la traduction française, par MM. Besnier et Doyon; p. 781); on y lit encore que la teigne est une maladie fréquente en France, et qu'un département, celui de l'Hérault, comptait, en 1864, 20 teigneux sur 1,000 individus. Mon cher et honoré maître, M. E. Besnier, a déjà fait remarquer par une note au bas de cette même page que

(1) Pour ne pas allonger cette communication, je ne m'occuperai que du favus et de la pelade, que nous avons l'habitude en France de rapprocher des teignes.

La question de la trichophytie est une question un peu spéciale qui intéresse surtout la ville de Paris et que nous nous réservons de traiter ultérieurement.

le renseignement n'était pas absolument exact, que ce n'étaient pas 20 teigneux sur 1,000 individus que l'on pouvait compter dans ce département, mais 20 teigneux sur 1,000 jeunes gens examinés au moment de la vingtième année, avant l'entrée au service militaire. Et puis la source de ce renseignement remonte maintenant à 30 années. J'ai déjà fait voir, en 1886 (1), que ces chiffres, même ainsi rectifiés, ne pouvaient plus être considérés comme exacts, que la teigne en France subissait un mouvement remarquable de décroissance qui irait certainement en s'accentuant, et le but de la présente communication est de vous montrer qu'en effet ce mouvement ne s'est pas ralenti.

Je vais donc forcément vous entretenir de statistiques et de chiffres; mais ces chiffres sont tout à l'honneur des progrès réalisés en France, et je demande que ce soient eux qui maintenant servent aux dermatologistes étrangers à nous juger. Mais j'aurais voulu qu'à leur tour ils voulussent bien, eux aussi, nous apporter des chiffres et des statistiques; sinon, faute de comparaison et comme résultat de notre franchise, la France restera encore à peu près seule citée comme un « pays de teignes », alors qu'il ne serait pas bien difficile d'en nommer plusieurs autres où la maladie soit bien plus répandue.

Voilà pourquoi j'éprouve, disais-je, quelque embarras, dans la crainte que nos loyaux aveux ne tournent encore contre nous, comme les statistiques de M. Bergeron.

Ces statistiques, qui ont été faites en 1864, reposaient sur des documents officiels émanés de l'autorité militaire; ce sont en effet les seules bases que l'on puisse avoir pour établir un compte de ce genre; ce sont les mêmes que j'ai utilisés en 1886, et ce sont encore les mêmes qui vont me servir (1); l'identité d'origine donnant à ces renseignements une valeur de comparaison que chacun comprendra.

I

Le favus.

Il ne sera question dans la première partie de ce travail que de la teigne proprement dite, ou plus simplement du favus, et voici pourquoi. Les documents dont je viens de parler sont les statistiques publiées par le Ministre de la guerre, chaque année, et relatant les opérations des conseils de revision. On sait qu'en France, le service militaire étant obligatoire pour tous, tous les jeunes gens doivent, à l'âge de 21 ans, avant de faire leur service, se présenter devant des « *Conseils de revision* » qui ont la tâche d'éliminer, d'*exempter* tous ceux qui à un titre quelconque ne paraissent pouvoir faire un service militaire convenable. Parmi les causes d'exemption figurent : 1° la TEIGNE; 2° la CALVITIE OU L'ALOPÉCIE. Le mot « *teigne* », dans l'esprit du règlement, s'applique exclusivement au favus,

(1) H. FEULARD. *Teignes et teigneux*, in-8°, Paris, Steinheil, 1886.

et de fait il n'en saurait guère être autrement, la teigne tondante n'existant plus à la vingtième année. Quant à la pelade, elle n'est pas comprise dans cette catégorie. On peut donc dire que la catégorie d'exemptions pour cause de teigne ne comprendra (défalcation faite de quelques erreurs de diagnostic rendues possibles par la rapidité obligée avec laquelle opère le conseil de revision) presque absolument que des favus.

A quoi correspond maintenant la seconde catégorie : « CALVITIE et ALOPÉCIE » ? A vingt ans, la calvitie idiopathique est rare ; il s'agira donc de calvitie et d'alopécie causées par des maladies antérieures du cuir chevelu ; or le favus n'est-il pas la maladie du cuir chevelu qui entraîne le plus à sa suite la calvitie irrémédiable ; dans cette catégorie figureront donc également un certain nombre de favus anciens, traités et guéris ou guéris spontanément avec calvitie complète ; et de fait, ce sont les départements qui fournissent le plus d'exemptions pour cause de teigne qui en donnent aussi ordinairement le plus pour cause de calvitie et d'alopécie ; il est donc impossible de ne pas établir un rapport immédiat entre ces deux catégories ; enfin, à côté de ces alopécies post-faviques, de quelques calvities consécutives à des eczémas anciens, ou à d'autres affections, figureront naturellement un certain nombre d'*alopécies pelladiques*, encore que les peladiques, nous en avons eu la preuve, sont quelquefois acceptés pour être traités et guéris, ou ensuite définitivement réformés si la maladie paraît trop longue à guérir. Notre seconde catégorie, composée de cas disparates n'aura donc qu'une valeur relative ; nous en donnons les chiffres à titre de renseignement complémentaire et surtout pour montrer la relation que nous venons de dire entre la teigne et la calvitie. Ceci dit pour expliquer la valeur que l'on doit accorder à nos documents, voyons quels sont les résultats qu'ils nous fournissent.

Je ferai d'abord remarquer qu'ils ne portent que sur la portion masculine de la population ; que de plus ils nous indiquent seulement le nombre de jeunes gens qui sont encore atteints de favus à 20 ans ; ceux qui en ont été traités et guéris avant cet âge sont, ou bien, n'ayant pas de cicatrices étendues, pris pour le service ; ou bien, si la calvitie est très marquée, réformés comme atteints d'alopécie ou de calvitie : le nombre de ces derniers exemptés figure dans notre tableau, et comme nous l'avons déjà dit, il suit à peu près proportionnellement le nombre des exemptés pour teigne.

Notre travail de 1886 embrassait la période comprise entre 1873 et 1885 ; celui-ci comprend les années 1887, 1888, 1889, 1890, 1891 ; les résultats de 1892 ne sont pas encore connus.

Donc pendant ces cinq dernières années, 1,518,813 conscrits ont défilé devant les conseils de revision ; sur ce nombre, 964 ont été exemptés de suite pour cause de *teigne*, 897 pour cause de *calvitie* et d'*alopécie*.

(1) Je remercie M. le Ministre de la guerre d'avoir autorisé, M. le Directeur du service de santé d'avoir facilité l'accomplissement de mes recherches ; M. le Dr Longuet, chargé du service de statistique médicale au ministère de la guerre, a droit à toute ma gratitude pour son obligeance et l'aide que m'a apportée sa compétence toute spéciale en ces matières, ainsi que M. le colonel du recrutement de la Seine.

Pendant les cinq dernières années de ma statistique de 1886 (années 1881-1885) le nombre des exemptions avait été de 1,399 pour la teigne ; 1,574 pour la calvitie ; ces chiffres étaient déjà en diminution notable, du moins pour la teigne, sur ceux de la période quinquennale précédente (1876 à 1880), laquelle donnait 1,541 exemptions pour teigne ; 1,508 pour la calvitie.

En opérant ainsi sur les chiffres pris en masse, nous constatons donc une diminution sensible dans le nombre des exemptions pour cause de teigne.

De 1876 à 1880........................	1.541	exemptions
De 1881 à 1885........................	1.399	—
De 1887 à 1891.......................	964	—

Ce premier point une fois établi, essayons d'entrer dans le détail des faits et d'analyser de plus près les résultats.

Une première chose nous frappe, c'est que tandis que dans les périodes précédentes tous les départements sans exception avaient eu des exemptions, en si petit nombre fussent-elles, dans notre dernière période quinquennale il y a eu 5 départements (Côte-d'Or, Indre, Haute-Marne, Belfort, Rhône) qui n'en ont pas eu du tout.

Sur les 82 départements restants, **53**, c'est-à-dire à peu près exactement les deux tiers, ont eu *moins de 10* exemptions ; **15** en ont eu de *10* à *20* ; **5** de *20* à *30* ; **4** de *30* à *40* ; **1** en a eu *40* (Aveyron) ; **1** en a eu (Côtes-du-Nord) *50* ; **1** en a eu (Hérault) *63* ; **1** en a eu *65* (Pas-de-Calais) ; **1** enfin *90* (Seine-Inférieure), chiffre exceptionnellement élevé (tableau I).

I. — Classement des départements par le nombre des exemptions pour cause de teigne, de 1887 à 1891 (Chiffres bruts).

1	Seine-Inférieure	90	45	Lot	6
2	Pas-de-Calais	65	46	Seine-et-Oise	6
3	Hérault	63	47	Eure	5
4	Côtes-du-Nord	50	48	Pyrénées-Orientales	5
5	Aveyron	40	49	Saône-et-Loire	5
6	Manche	38	50	Seine	5
7	Nord	35	51	Aude	4
8	Gard	32	52	Charente-Inférieure	4
9	Landes	32	53	Corse	4
10	Finistère	29	54	Doubs	4
11	Loire-Inférieure	26	55	Loir-et-Cher	4
12	Bouches-du-Rhône	22	56	Lot-et-Garonne	4
13	Ardèche	21	57	Marne	4
14	Somme	21	58	Puy-de-Dôme	4
15	Corrèze	17	59	Alpes (Basses-)	3
16	Morbihan	14	60	Alpes (Hautes-)	3
17	Vendée	14	61	Cher	3
18	Cantal	13	62	Meuse	3
19	Garonne (Haute-)	13	63	Nièvre	3
20	Ille-et-Vilaine	13	64	Pyrénées (Hautes-)	3
21	Indre-et-Loire	13	65	Seine-et-Marne	3
22	Sèvres (Deux-)	12	66	Tarn-et-Garonne	3
23	Tarn	12	67	Ain	2
24	Ariège	11	68	Gers	2
25	Maine-et-Loire	11	69	Gironde	2
26	Vienne	11	70	Loire	2
27	Allier	10	71	Meurthe-et-Moselle	2
28	Loiret	10	72	Oise	2
29	Lozère	10	73	Saône (Haute-)	2
30	Aisne	9	74	Yonne	2
31	Alpes-Maritimes	9	75	Aube	1
32	Mayenne	9	76	Creuse	1
33	Vosges	9	77	Drôme	1
34	Ardennes	8	78	Eure-et-Loir	1
35	Isère	8	79	Jura	1
36	Var	8	80	Orne	1
37	Vienne (Haute-)	8	81	Savoie (Haute-)	1
38	Calvados	7	82	Vaucluse	1
39	Pyrénées (Basses-)	7	83	Côte-d'Or	0
40	Sarthe	7	84	Indre	0
41	Savoie	7	85	Marne (Haute-)	0
42	Charente	6	86	Belfort	0
43	Dordogne	6	87	Rhône	0
44	Loire (Haute-)	6			

Mais pour tirer de cette statistique tous les enseignements qu'elle comporte, il ne faut pas seulement se contenter de retenir ces chiffres bruts ; il faut les rapporter proportionnellement au nombre des jeunes gens examinés pendant le même laps d'années.

C'est ce que nous avons fait dans un deuxième tableau construit sur le modèle de ceux que j'ai publiés en 1886.

Dans ce classement les départements sont rangés suivant le nombre des exemptions pour cause de teigne rapporté proportionnellement à 1,000 examens de conscrits.

II. — Classement des départements par le nombre des exemptions pour cause de teigne de 1887 à 1891 (proportion sur 1000 examinés).

1	Hérault	3.93	45	Aisne	0.40
2	Seine-Inférieure	3.01	46	Eure	0.39
3	Landes	2.31	47	Tarn-et-Garonne	0.39
4	Gard	2.09	48	Lot-et-Garonne	0.38
5	Aveyron	2.06	49	Pyrénées (Basses-)	0.35
6	Manche	1.84	50	Aude	0.34
7	Pas-de-Calais	1.72	51	Corse	0.33
8	Côtes-du-Nord	1.70	52	Loir-et-Cher	0.33
9	Lozère	1.47	53	Isère	0.32
10	Ardèche	1.23	54	Doubs	0.31
11	Cantal	1.22	55	Pyrénées (Hautes-)	0.31
12	Corrèze	1.19	56	Dordogne	0.29
13	Alpes-Maritimes	1.16	57	Meuse	0.28
14	Ariège	1.10	58	Seine-et-Oise	0.27
15	Indre-et-Loire	1.05	59	Marne	0.25
16	Bouches-du-Rhône	1.00	60	Charente-Inférieure	0.23
17	Loire-Inférieure	0.97	61	Seine-et-Marne	0.22
18	Somme	0.97	62	Gers	0.20
19	Finistère	0.94	63	Cher	0.19
20	Sèvres (Deux-)	0.83	64	Nièvre	0.18
21	Tarn	0.81	65	Puy-de-Dôme	0.17
22	Var	0.80	66	Saône (Haute-)	0.17
23	Vendée	0.79	67	Yonne	0.14
24	Vienne	0.77	68	Ain	0.13
25	Garonne (Haute-)	0.72	69	Oise	0.13
26	Mayenne	0.65	70	Meurthe-et-Moselle	0.11
27	Loiret	0.64	71	Aube	0.11
28	Ardennes	0.63	72	Saône-et-Loire	0.10
29	Morbihan	0.59	73	Vaucluse	0.10
30	Pyrénées-Orientales	0.58	74	Eure-et-Loir	0.09
31	Savoie	0.57	75	Drôme	0.08
32	Alpes (Basses-)	0.57	76	Jura	0.08
33	Alpes (Hautes-)	0.57	77	Loire	0.07
34	Lot	0.56	78	Creuse	0.07
35	Maine-et-Loire	0.54	79	Orne	0.07
36	Vienne (Haute-)	0.50	80	Savoie (Haute-)	0.07
37	Allier	0.50	81	Gironde	0.06
38	Vosges	0.50	82	Seine	0.05
39	Ille-et-Vilaine	0.48	83	Côte-d'Or	0.00
40	Nord	0.46	84	Indre	0.00
41	Calvados	0.43	85	Marne (Haute-)	0.00
42	Charente	0.43	86	Belfort	0.00
43	Sarthe	0.41	87	Rhône	0.00
44	Loire (Haute-)	0.40			

Enfin, pour permettre une facile comparaison avec les tableaux de 1886 et ceux de M. Bergeron, j'ai mis dans la liste générale des départements (tableau III) les résultats les uns à côté des autres.

III. — **Exemptions pour cause de teigne.**

DÉPARTEMENTS	1887 à 1891			PROPORTION DES EXEMPTÉS POUR TEIGNE SUR 1,000 EXAMINÉS		
	TOTAL DES JEUNES GENS EXAMINÉS	Exemptés pour Teigne	Exemptés pour Calvitie	1857 à 1860	1873 à 1885	1887 à 1891
Ain	14.777	2	3	1.4	0.35	0.13
Aisne	21.983	9	15	2.4	0.90	0.40
Allier	19.943	10	12	1.0	0.49	0.50
Alpes (Basses-)	5.187	3	1	1.2	0.33	0.57
Alpes (Hautes-)	5.199	3	0	2.4	0.99	0.57
Alpes-Maritimes	7.718	9	21	—	1.12	1.16
Ardèche	17.076	21	8	2.7	1.63	1.23
Ardennes	12.694	8	1	2.7	0.69	0.63
Ariège	9.998	11	7	3.4	0.61	1.10
Aube	9.029	1	2	3.2	0.48	0.11
Aude	12.462	4	15	4.5	0.69	0.34
Aveyron	19.111	40	20	8.2	3.28	2.06
Bouches-du-Rhône	21.984	22	6	5.0	1.06	1.00
Calvados	16.104	7	11	2.7	1.09	0.43
Cantal	10.635	13	3	7.2	2.55	1.22
Charente	13.938	6	4	2.9	0.31	0.43
Charente-Inférieure	16.766	4	16	3.4	0.59	0.23
Cher	15.705	3	3	1.8	0.16	0.19
Corrèze	14.239	17	19	6.7	1.84	1.19
Corse	11.767	4	7	4.4	1.12	0.33
Côte-d'Or	14.273	0	0	3.7	0.36	0.00
Côtes-du-Nord	29.363	50	26	2.2	3.55	1.70
Creuse	12.682	1	16	1.7	0.69	0.07
Dordogne	20.159	6	7	2.3	0.79	0.29
Doubs	12.649	4	2	1.0	0.28	0.31
Drôme	12.577	1	0	2.5	0.49	0.08
Eure	12.568	5	9	4.1	1.20	0.39
Eure-et-Loir	10.876	1	5	5.0	0.52	0.09
Finistère	30.711	29	33	1.5	1.57	0.94
Gard	15.764	32	18	4.2	1.11	2.09
Garonne (Haute-)	17.967	13	22	3.3	0.18	0.72
Gers	9.719	2	3	2.1	1.13	0.20
Gironde	29.503	2	16	1.7	0.59	0.06
Hérault	16.020	63	5	20.0	3.09	3.93
Ille-et-Vilaine	26.895	13	18	1.3	0.68	0.48
Indre	13.346	0	6	1.2	0.84	0.00
Indre-et-Loire	12.371	13	28	2.4	0.80	1.05
Isère	24.316	8	8	3.3	0.25	0.32
Jura	12.032	1	3	1.2	0.12	0.08
Landes	13.846	32	10	7.5	3.29	2.31
Loir-et-Cher	11.962	4	9	2.2	0.74	0.33
Loire	26.800	2	7	0.9	0.17	0.07
Loire (Haute-)	14.913	6	7	2.2	0.86	0.40
Loire-Inférieure	27.474	26	23	2.0	0.49	0.97
A reporter	695.101	501	455			

Exemptions pour cause de teigne.

DÉPARTEMENTS	1887 à 1891			PROPORTION DES EXEMPTÉS POUR TEIGNE SUR 1,000 EXAMINÉS		
	TOTAL DES JEUNES GENS EXAMINÉS	Exemptés pour Teigne	Exemptés pour Calvitie	1857 à 1860	1873 à 1885	1887 à 1891
Report	695.101	501	455			
Loiret	15.560	10	9	4.6	0.59	0.64
Lot	10.586	6	7	5.6	0.96	0.56
Lot-et-Garonne	10.506	4	4	3.6	0.71	0.38
Lozère	6.764	10	3	7.0	1.86	1.47
Maine-et-Loire	20.243	11	8	1.8	1.10	0.54
Manche	20.555	38	47	1.6	1.19	1.84
Marne	15.568	4	9	3.6	0.46	0.25
Marne (Haute-)	9.197	0	2	2.7	0.64	0.00
Mayenne	13.671	9	23	1.7	0.77	0.65
Meurthe-et-Moselle	17.507	2	0	1.2	0.12	0.11
Meuse	10.611	3	2	1.4	0.32	0.28
Morbihan	23.415	14	7	1.4	0.74	0.59
Nièvre	16.303	3	24	1.3	0.72	0.18
Nord	71.641	35	42	4.2	0.85	0.46
Oise	15.363	2	4	3.3	0.95	0.13
Orne	12.898	1	18	1.0	0.28	0.07
Pas-de-Calais	37.645	65	41	8.2	4.74	1.72
Puy-de-Dôme	23.524	4	6	1.9	0.35	0.17
Pyrénées (Basses-)	19.470	7	25	7.8	2.32	0.35
Pyrénées (Hautes-)	9.498	3	1	3.6	0.64	0.31
Pyrénées-Orientales	8.593	5	2	3.2	0.92	0.58
Rhin (Haut-), Belfort	3.810	0	0	0.8	0.24	0.00
Rhône	26.001	0	1	2.0	0.12	0.00
Saône (Haute-)	12.080	2	1	1.9	0.10	0.17
Saône-et-Loire	28.217	5	4	1.0	0.31	0.10
Sarthe	17.048	7	3	1.0	0.68	0.41
Savoie	12.137	7	1	—	0.95	0.57
Savoie (Haute-)	13.941	1	6	—	0.59	0.07
Seine	94.839	5	6	1.2	0.07	0.05
Seine-Inférieure	33.123	90	32	8.6	1.82	3.01
Seine-et-Marne	13.546	3	6	3.2	0.43	0.22
Seine-et-Oise	21.054	6	9	2.2	0.23	0.27
Sèvres (Deux-)	14.324	12	19	1.5	0.89	0.83
Somme	21.740	21	27	6.1	1.11	0.97
Tarn	14.797	12	11	4.5	2.94	0.81
Tarn-et-Garonne	7.929	3	3	3.8	0.76	0.39
Var	9.988	8	5	2.5	0.98	0.80
Vaucluse	9.156	1	3	1.4	0.25	0.10
Vendée	17.582	14	6	4.6	1.99	0.79
Vienne	14.103	11	2	1.5	1.05	0.77
Vienne (Haute-)	15.704	8	5	2.8	0.54	0.50
Vosges	17.910	9	4	0.9	0.40	0.50
Yonne	13.965	2	4	3.2	0.78	0.14
Total	1.518.813	964	897			

Dans le classement de M. Bergeron fait en 1860, le département placé en tête de liste était l'Hérault avec une proportion de 20 p. 1000, le second qui était la Seine-Inférieure, n'en avait déjà plus que 8,6 p, 1,000 : trois départements seulement placés à la fin de la liste (Loire, Vosges, Haut-Rhin) avaient moins de 1 p. 1,000, à savoir 0,9 ; 0,9 ; 0,8.

En 1886, le n° 1 de la liste, qui est le Pas-de-Calais, n'a déjà plus que 4,74 p. 1,000, il serait donc le 14e sur la liste de 1860, mais, résultat d'ensemble des plus satisfaisants 25 départements seulement ont de 1 à 3 exemptions p. 1,000 ; 62 et non plus seulement 3 en ont moins de 1 p. 1,000,

En 1892, nouveau progrès en décroissance :

16 départements seulement ont de 1 à 3 exemptions pour 1,000 ; 5 sont absolument indemnes ; 22 ont de 0,5 à 1 exemption ; 35 de 0,1 à 0,5 ; 9 de 0,01 à 0,1.

Toutefois cette décroissance ne se fait pas également et régulièrement pour tous les départements : bien plus, il y a eu augmentation pour quelques-uns ; ainsi l'Hérault, qui occupe en 1892 le premier rang avec 3,93 p. 1,000, n'était que le 5e en 1886 avec 3,09 ; la Seine-Inférieure qui avait le n° 12 en 1886 avec 1,82, passe au deuxième rang en 1892 avec une augmentation extraordinaire, 3,01 :

Mais ce qui devient tout à fait curieux, c'est de constater que ce sont ces deux mêmes départements, Hérault et Seine-Inférieure, qui avaient déjà les n° 1 et 2 en 1860.

D'ailleurs, on peut dire que ce sont toujours à peu près les mêmes départements qui occupent la tête de la liste dans les trois classements.

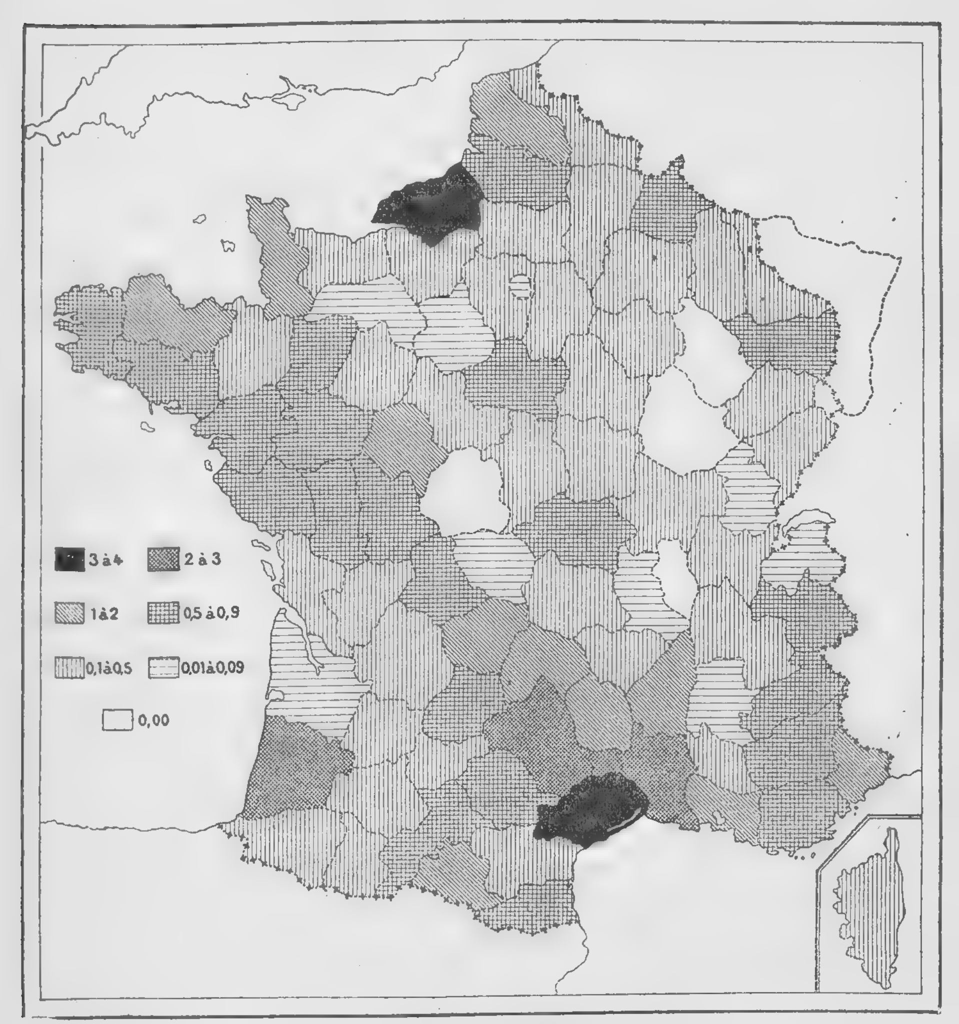
Classement de 1860.	Classement de 1886.	Classement de 1892.
1 Hérault.	1 Pas-de-Calais.	1 Hérault.
2 Seine-Inférieure.	2 Côtes-du-Nord.	2 Seine-Inférieure
3 Aveyron.	3 Landes.	3 Landes.
4 Pas-de-Calais.	4 Aveyron.	4 Gard.
5 Basses-Pyrénées.	5 Hérault.	5 Aveyron.
6 Landes.	6 Tarn.	6 Manche.
7 Cantal.	7 Cantal.	7 Pas-de-Calais.
8 Lozère.	8 Basses-Pyrénées.	8 Côtes-du-Nord.
9 Corrèze.	9 Vendée.	9 Lozère.
10 Somme.	10 Lozère.	10 Ardèche.

On pourrait en dire à peu près autant de ceux qui occupent la fin de la liste, et cette constance dans les résultats nous paraît donner une grande valeur aux statistiques que nous produisons ; elle permet en tout cas de désigner nettement les régions qui sont constamment les plus atteintes et d'attirer sur elles l'attention des pouvoirs publics et des médecins.

Les pays les plus atteints forment trois groupes principaux (voir la carte géographique).

Le plus important est situé dans le midi : il comprend le département de l'Hérault (1), le plus atteint de toute la France, autour duquel se groupent

(1) Cette fréquence remarquable du favus dans le département de l'Hérault se trouve confirmée par les notes qu'à bien voulu nous transmettre sur ce sujet M. le Dr Brousse, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Dans cette



Carte de la répartition du favus en France.

Classement des départements par le nombre des exemptions pour cause de teigne, de 1887 à 1891 (*proportion sur 1,000 examinés*). Voir tableau II.

ville, les teigneux âgés de moins de 16 ans sont soignés à la clinique des maladies des enfants à l'Hôpital Général ; au-dessus de cet âge, à la clinique dermatologique. Pendant l'année scolaire 1890-1891, à la clinique infantile dirigée par M. le Dr BAUMEL, le nombre des teigneux a été de 95 (65 internes, 30 externes) ; sur ce nombre il y avait **88** favus et seulement 7 tondantes. A la clinique dermatologique dirigée par M. BROUSSE, il y a eu, en 1890, 40 pelades, 6 favus ; en 1891, 16 pelades, 4 favus. Cela représente près de 100 favus observés en une année, dans une ville relativement peu populeuse ; pendant l'année 1891 à Paris, en réunissant le nombre des enfants atteints de favus traités aux traitements externes de Saint-Louis, des Enfants-Malades et de Trousseau, nous trouvons seulement 16 cas, auxquels il est juste d'ajouter les enfants de l'école de Saint-Louis, 24 cas, et comme adultes les malade soignés à Saint-Louis pendant l'année, 6 cas, soit un total de 36 faviques ; on voit la différence.

l'Aveyron, le Gard, puis la Corrèze, le Cantal, la Lozère, l'Ardèche, les Bouches-du-Rhône ; au sud également et plus à l'est, les Alpes-Maritimes ; au sud, sur la frontière pyrénéenne, l'Ariège ; un peu plus a l'ouest sur l'Océan, les Landes (1).

Le second groupe est moins cohérent, les régions atteintes sont situées en bordure de la Manche, d'abord la Seine-Inférieure, au nord le Pas-de-Calais, à l'ouest la Manche et les Côtes-du-Nord.

Enfin un troisième groupe, assez compact, mais à morbidité moins élevée, comprend les départements de l'ouest entre la Touraine et la mer (Indre-et-Loire, Vienne, Maine-et-Loire, Deux-Sèvres, Vendée, Loire-Inférieure, Morbihan, Finistère).

Au contraire, c'est dans la partie est de la France que la maladie est le moins répandue, — la portion est du bassin de la Seine, celui de la Marne, la région des Vosges sont peu touchées (2).

Peut-on tirer de cette répartition géographique quelque renseignement de valeur sur les causes de la fréquence persistante du favus dans certaines régions (3) ?

Plusieurs déductions peuvent être tirées.

D'abord il n'y a aucun rapport à établir entre la densité de la population et le nombre des jeunes gens faviques, puisque le département de la Seine, par exemple, qui a eu pendant ces cinq années 94,839 conscrits examinés, n'a eu cependant que 5 exemptions ; que le Rhône, qui en a eu 26,001, n'a même pas eu une exemption et qu'inversement l'Hérault, avec 16,020 conscrits seulement, a eu 63 exemptions, l'Ariège avec 9,998 conscrits, 11 exemptions et l'Aveyron avec 19,911 conscrits, 40 exemptions ; on peut même dire que dans les départements qui contiennent de grands centres urbains (Paris, Lyon) la proportion s'abaisse, ce qui a fait dire que le favus est une affection des campagnes et non des villes.

(1) A Bordeaux sur 2,400 cas de maladies cutanées observés par M. le D[r] DUBREUILH à sa policlinique, celui-ci (*note manuscrite*) relève 28 cas de favus variant comme âge de 6 à 39 ans. La plupart de ces cas de favus viennent des Landes et du Périgord. Cependant il n'est pas rare d'en voir de contractés à Bordeaux : M. Dubreuilh a pu voir une épidémie de favus dans une école. Le favus y avait été apporté par un enfant venant de la campagne et qui le tenait de son père ; il y eut dans le courant de l'année 4 à 5 cas de favus dans cette école, chez des enfants n'ayant pas quitté Bordeaux.

A Toulouse, nous écrit M. le D[r] MOREAU, la teigne, si l'on exclut la pelade, est peu fréquente. Mais les départements voisins l'*Ariège*, les *Hautes-Pyrénées*, l'*Aveyron* y envoient de nombreux cas de trichophytie et de favus : l'Ariège pour le favus tient le premier rang.

(2) Voici pour Nancy quelques chiffres que nous devons à l'obligeance de M. le professeur SPILLMANN et du D[r] PAUL SIMON, chargé du service des teigneux à l'hôpital départemental : en 1888, 6 favus, 11 tondantes ; 1889, 10 favus, 3 tondantes ; 1890, 11 favus, 11 tondantes, 1 pelade ; 1891, 6 favus, 19 tondantes, 4 pelades ; 1892 jusqu'à juillet, 11 favus, 1 tondante, 2 pelades.

(3) Les renseignements que nous venons de donner ne concernent que les départements de France et la Corse. Il n'y a pas, en effet, de conseils de revision fonctionnant en Algérie et nous ne pouvons avoir recours aux mêmes sources.

Le favus est très fréquent en Algérie et en Tunisie. Notre excellent confrère M. le D[r] GÉMY a bien voulu nous fournir sur ce sujet d'intéressantes notes qui vont nous servir à le démontrer. Pendant l'année scolaire 1891-1892, sur 94 enfants reconnus

Cette assertion n'est qu'en partie exacte. Il est vrai que la vie dans les fermes, le contact plus ordinaire avec des animaux pouvant donner le favus (rats, souris, chats) peut être une cause de la plus grande fréquence du favus dans les campagnes ; mais la cause véritable de cette fréquence c'est l'absence des conditions hygiéniques de la vie et surtout le manque de soins. Dans les grands centres les enfants sont plus facilement surveillés, les malades reconnus et traités convenablement ; le jour où on voudra se donner la peine de s'occuper sérieusement de cette question, instituer des inspections régulières dans les écoles du département, envoyer au chef-lieu les enfants teigneux et les garder en traitement jusqu'à guérison soit dans un hôpital, soit encore mieux dans un hôpital-école analogue à celui qui va fonctionner à Saint-Louis, ce jour-là le favus disparaîtra de France complètement.

Mais il est nécessaire que les pouvoirs publics interviennent, parce qu'il faut compter avec la négligence des parents, avec leur mauvaise volonté, parfois avec leurs calculs intéressés.

Le favus étant une cause d'exemption du service militaire, certains jeunes hommes atteints de cette maladie la conservent avec soin jusqu'à l'âge du régiment pour se faire exempter. Il conviendrait donc de faire ce qui se fait dans le pays même où nous sommes, où les conscrits atteints de favus sont néanmoins incorporés puis traités, guéris et renvoyés ensuite dans leurs régiments. On est toujours certain de guérir un favus et dans un délai assez court relativement ; l'incorporation des faviques serait une mesure excellente, elle supprimerait un appât malsain à la lâcheté fainéante de certains jeunes gens qui n'auraient plus dès lors d'intérêt à conserver leur mal ; elle supprimerait rapidement, en les guérissant, ces foyers de contagion permanente que sont les vieux faviques.

La disparition spontanément progressive du favus doit encourager à

atteints de teigne (1) et éloignés de l'école par M. Gémy, médecin inspecteur des écoles 79 étaient atteints de favus, 67 garçons, 12 filles ; sur ce nombre il y avait 2 enfants d'origine française, 6, espagnole, 1, italienne, 45 enfants israélites indigènes, 25 musulmans indigènes. Sur 350 enfants entrés dans le service de clinique infantile pendant l'année scolaire 1891-1892, il y a eu 15 teigneux, 9 garçons 6 filles ou *faviques*. Sur 50 indigènes adultes reçus à la clinique dermatologique pendant la même année, il y avait 6 teigneux faviques.

Comme on le voit, le favus est fréquent en Algérie, surtout dans la population indigène (2), ce qui s'explique suffisamment par les déplorables conditions hygiéniques dans lesquelles vit cette population ; et encore ne s'agit-il là que de la ville même d'Alger ; que doit-il en être dans l'intérieur du pays.

(1) Il faut considérer ce chiffre de 94, dit M. Gémy, comme au-dessous de la réalité, beaucoup d'enfants pour une cause ou une autre échappant à la visite ; la population des écoles comprend 5,956 enfants, 3,458 garçons, 2,498 filles ; mais les élèves ne sont pas toujours réellement présents. Ces chiffres ne représentent guère d'ailleurs que les trois cinquièmes de la population enfantine, le reste fréquentant les écoles libres ou vagabondant dans les rues. Beaucoup de filles sont gardées dans l'intérieur des familles.

(2) On en trouvera une autre preuve en étudiant encore les documents militaires (*Statistique médicale de l'armée, 1886, 87, 88, 89, 90*). C'est ainsi qu'en 1888 35 soldats ont été réformés pour cause de FAVUS ; 26 de ces réformes étaient fournies par l'Algérie et la Tunisie, parmi lesquelles 17 reviennent aux régiments de tirailleurs algériens et 4 aux bataillons d'infanterie légère d'Afrique. En 1889, 55 réformes pour favus : 40 sont fournies par l'élément indigène des régiments de tirailleurs et de spahis, et principalement par la Tunisie (31). En 1890, 42 réformes : l'Algérie et la Tunisie revendiquent 23 cas, la Tunisie en compte 18 (tirailleurs algériens) à elle toute seule.

entrer dans cette voie pour arriver à une suppression complète et rapide de cette dégoûtante maladie.

II

La pelade.

Si le favus va chaque jour en diminuant en France, on n'en saurait dire autant de la pelade qui, elle, va toujours s'augmentant, surtout dans les grands centres. Sa fréquence est devenue telle depuis quelques années, qu'il faut maintenant sérieusement compter avec cette maladie et que des mesures rigoureuses de prophylaxie s'imposent de plus en plus : et cette extension rapide et croissante de la pelade, comme le démontrent les statistiques que je vais mettre sous vos yeux, n'est-elle pas le meilleur argument que l'on puisse opposer à ceux qui mettent en doute la contagiosité de la pelade commune.

Sur cette contagiosité, sur la façon dont elle s'exerce, sur les mesures à opposer à cette maladie, que pourrais-je vous dire qui n'ait été déjà et beaucoup mieux dit dans le remarquable rapport présenté à l'Académie de médecine de Paris, en 1888, par mon cher et honoré maître M. Ernest Besnier (1).

Je vais simplement, en m'appuyant sur des documents officiels, et notamment sur ceux qui émanent de l'autorité militaire, puisque de bonnes statistiques civiles là aussi me font défaut, je vais, dis-je, essayer de vous tracer l'histoire de l'invasion peladique dans l'armée française depuis quatre années, depuis 1888.

Depuis le travail de M. Besnier, qui avait été lui-même précédé de la relation de deux épidémies importantes de pelade, l'une, en 1888, dans le gouvernement militaire de Paris (2), l'autre, en 1886, dans un régiment de ligne à Montpellier (3), l'attention des médecins militaires fut spécialement attirée sur la pelade, et les observations et relations d'épidémies analogues furent soigneusement relatées.

Ainsi s'est constitué chaque année un véritable dossier de la pelade dans l'armée française et ce sont les pièces les plus importantes de ce dossier que je vais vous faire connaître, d'après le travail de statistique médicale que publie chaque année sur l'état sanitaire de notre armée, un médecin militaire fort distingué, M. le Dr Longuet (4).

Pendant l'année 1888, outre l'épidémie de Paris, dont il a été parlé plus haut, la pelade était signalée dans plusieurs corps d'armée.

Le IIe corps en présentait de nombreux cas dans ses garnisons

(1) *Sur la pelade.* In-8°, Paris, Masson, 1888. V. encore :
G. THIBIERGE. Sur la question de la contagion de la pelade. *Ann. de dermatologie,* 1887, p. 503.

(2) COLIN. La pelade dans le gouvernement militaire de Paris. *Arch. de méd. et de pharm. militaires,* XII.

(3) COUSTAN. Épidémie de pelade achromateuse observée à Montpellier en 1886. *Revue d'hygiène,* 1887, p. 554.

(4) *Statistique médicale de l'armée,* in-4°, Paris, Imp. nationale, années 1888, 1889, 1890.

d'Amiens, La Fère, Compiègne, Beauvais, Péronne. Le 51e de ligne, dans ses garnisons de Beauvais et de Péronne en fournissait à lui seul 50 cas. A Beauvais la maladie débutait par un homme arrivant du 45e de ligne à Laon. Le caractère contagieux a été bien démontré par un cas très net de transmission par une brosse à cheveux ; mais comme toujours c'est la tondeuse qui est incriminée comme l'agent ordinaire de propagation.

Dans le VIe corps (région de l'Est), 27 cas de pelade s'observent sur la garnison de Toul (146e et 156e de ligne) ; 12 au 25e bataillon de chasseurs à Saint-Mihiel, et 5 au 148e de ligne à Verdun. A Saint-Mihiel 6 cas sur 7 s'observent dans une seule baraque et sur des hommes appartenant à une compagnie qui avait eu, trois mois auparavant, un homme réformé pour cette affection.

La pelade était encore signalée à Lyon au 9e cuirassiers, où le premier malade paraît avoir contracté la maladie en permission ; à Nîmes, à Nice, à Cette (au retour des manœuvres) ; à Bordeaux.

En 1889, la pelade est encore observée avec une certaine fréquence et sur un grand nombre de points du territoire. Mais les principaux foyers sont, comme pour l'année précédente, le gouvernement militaire de Paris et le VIe corps d'armée. A Paris, c'est le 19e escadron du train qui est particulièrement atteint ; dans le IIe corps toutes les garnisons sont frappées, à l'exception de celles de Senlis, Hirson et la Capelle : et 160 cas sont relevés. Les corps les plus atteints sont : le 17e régiment d'artillerie, à La Fère (35 cas) ; le 51e de ligne, à Beauvais (27 cas), le même qui avait eu 50 cas l'année précédente ; le détachement du 72e de ligne, à Abbeville (14 cas) ; le 8e bataillon de chasseurs, à Amiens (12 cas) ; le 54e de ligne, à Compiègne (11 cas) ; le 72e de ligne, à Amiens (9 cas) ; *un grand nombre de ces cas*, ajoute le rapport, *s'observent chez des réservistes et chez des jeunes soldats arrivant au corps*. Dans le VIe corps d'armée (il est vrai que c'est le corps d'armée le plus nombreux de beaucoup) on compte 315 cas. Les corps les plus affectés sont : le 10e cuirassiers, à Vouziers (27 cas) ; le 148e de ligne, à Verdun (27 cas), il y en avait eu seulement 5 cas l'année précédente ; le 69e de ligne, à Nancy (26 cas) ; le 26e de ligne, dans la même ville (13 cas) ; le 25e bataillon de chasseurs, à Saint-Mihiel (16 cas) (1) ; le 10e bataillon de chasseurs, à Saint-Dié (14 cas) ; le 132e de ligne, à Reims (14 cas) ; le 9e bataillon de chasseurs à pied, à Rocroi (12 cas) ; le 22e dragons, à Sedan (11 cas). Enfin la pelade est observée aussi dans les garnisons du Midi, à Nîmes, à Toulon, à Montpellier, à Castelnaudary, etc.

La situation ne s'améliore pas en 1890 ; 37 réformes sont prononcées pour la pelade (il y en avait eu 28 en 1889) ; 6 de ces réformes ont été prononcées à l'arrivée au corps, il s'agissait donc de malades atteints depuis longtemps.

La garnison de Paris est toujours parmi les plus éprouvées ; sur une seule compagnie du 82e de ligne détachée à Poissy (pays des environs de Paris, près de Saint-Germain), 44 hommes sur 118 sont atteints de pelade en mai et en juin ; ce point de départ paraît être un homme chez qui l'affection avait récidivé.

(1) Il y avait eu 12 cas dans ce bataillon l'année précédente ; il y a donc, comme pour le 148e de ligne à Verdun, progression d'une année sur l'autre, la contagion se faisant de proche en proche.

Le IIe corps, déjà très atteint en 1888 et 1889, relève 162 entrées à l'hôpital pour pelade. Le 51e de ligne de Beauvais compte 51 cas; le 54e à Compiègne, 35 cas; le 45e, à Laon, 20 cas, etc. Dans le IIIe corps, comme les années précédentes, la maladie est signalée à Rouen et à Bernay. Le VIe corps relève 610 cas dans toute l'année; l'attention ayant été attirée sur la maladie en avril, une visite de santé générale en fit reconnaître 350 cas simultanément. A Brest, le 19e de ligne en compte 23 cas disséminés dans les différents casernements; à Montpellier, le 122e de ligne a 31 cas; l'hôpital de Libourne (Gironde) en reçoit, de mai à août, 43 cas, dont 26 en juin; les malades du mois de juin, provenant du 57e de ligne, se faisaient tous couper les cheveux et raser en ville.

Je relève en passant ce fait intéressant : à Blidah (Algérie) un cas concerne un homme qui désigné pour remplacer comme ordonnance un de ses camarades entré à l'hôpital pour pelade, fit usage de la casquette de son prédécesseur; 15 jours après il commençait à présenter de la pelade. La statistique de 1891 n'est pas encore établie complètement, mais nous devons à l'obligeance de M. le Dr Longuet communication des curieux renseignements suivants concernant les six derniers mois de 1891 et les cinq premiers mois de 1892; en présence des ravages véritables que cause la pelade, des rapports mensuels ont été demandés aux divers corps d'armée, indiquant le nombre d'hommes traités chaque mois pour la pelade dans les hôpitaux et infirmeries du corps d'armée.

Voici les résultats de ces dix mois :

CORPS D'ARMÉE AVEC LEURS QUARTIERS GÉNÉRAUX	NOMBRE DE L'EFFECTIF	NOMBRE DES MALADES	PROPORTION SUR 1000 SOLDATS
Gouvernement militaire de Paris	41.500	440	10.60
Ier Corps. Lille	22.600	23	1.00
IIe — Amiens	17.000	56	3.29
IIIe — Rouen	10.200	19	1.86
IVe — Le Mans	13.100	39	2.97
Ve — Orléans	16.700	88	5.26
VIe — Châlons-sur-Marne	80.000	315	3.93
VIIe — Bezançon	28.000	47	1.68
VIIIe — Bourges	19.500	44	2.25
IXe — Tours	20.400	27	1.32
Xe — Rennes	17.400	53	3.00
XIe — Nantes	16.600	45	2.70
XIIe — Limoges	16.500	82	4.96
XIIIe — Clermont-Ferrand	15.260	47	3.07
XIVe — Lyon-Grenoble	39.700	96	2.41
XVe — Marseille	28.300	57	2.01
XVIe — Montpellier	19.200	34	1.77
XVIIe — Toulouse	16.800	63	3.75
XVIIIe — Bordeaux	17.750	66	3·71
XIXe — Algérie et Tunisie	68.500	93	1.35
	525.010	1.734	3.30

Ainsi en l'espace de ces 10 mois (août 1891 à mai 1892), 1,734 cas de pelades (et il faut estimer ce chiffre au-dessous de la vérité car les renseignements n'ont pas été également bien fournis au début par tous les corps d'armée) ont été reconnus sur un effectif moyen de 525,010 hommes, soit 3,30 pour 1000.

Je compléterai la série de ces renseignements militaires par le nombre des entrées pour pelade dans l'hôpital militaire du Val-de-Grâce (depuis 1885 jusqu'en 1891). Voici ces chiffres très curieux que je dois à l'obligeance de notre distingué confrère, M. Moty :

Année	1885.........	3 cas	Année	1889.........	193 cas
—	1886.........	6 —	—	1890.........	182 —
—	1887.........	14 —	—	1891.........	301 —
—	1888.........	146 —			

La progression, est presque régulière ; elle confirme notre impression générale, à savoir que la pelade va toujours augmentant en France depuis une dizaine d'années, surtout depuis cinq ans et que la ville de Paris est plus particulièrement éprouvée par la maladie.

Les chiffres que nous venons de donner, comme on le voit, sont fort élevés ; la proportion pour les troupes du gouvernement militaire de Paris (garnisons de Paris, Vincennes et Versailles) devient véritablement stupéfiante.

Tous les corps d'armée, par conséquent toutes les régions de la France, sont atteints ; mais ils le sont très inégalement. Faisons en passant cette remarque assez piquante que ceux qui sont le moins atteints sont justement ceux qui comptent dans leur territoire les régions où le favus est le plus abondant.

Ainsi le premier corps d'armée qui compte 1/1000 seulement de soldats peladiques est composé de deux départements, le Nord et le Pas-de-Calais, ce dernier arrivant le 2e, sur la liste de classement par favus. Le IXe qui vient ensuite (1,32 p. 1,000), a comme centre l'Indre-et-Loire qui est le 21e sur la liste de classement par favus ; le XIXe corps (1,35 p. 1,000) est composé par l'Algérie et la Tunisie où nous avons vu que le favus abonde ; et le XVIe corps, qui a 1,77 p. 1,000 de pelade, a dans sa région le département de l'Hérault, lequel est bon premier sur la liste du favus. Inversement pourrons-nous dire que la pelade abonde à Paris où le favus est rare ; est fréquente dans la région de l'est où le favus est rare également, et fréquente aussi dans la région toulousaine et dans le bordelais.

La coïncidence est au moins curieuse, nous la donnons pour ce qu'elle vaut : peut-être y trouvera-t-on comme explication que la pelade est fréquente là où il y a de grandes agglomérations urbaines et rare dans les campagnes, à l'inverse du favus, et cela tout simplement parce que le favus n'est pas soigné dans les campagnes et y persiste, tandis que la pelade, autrement contagieuse que le favus, se diffuse rapidement dans les villes.

Tous constatent un accroissement constant de la pelade depuis plusieurs années (1).

(1) « Je me demande, nous écrit M. Brousse (de Montpellier), si le passage à

Il en est, croyons-nous, de même à Paris ; mais il nous est impossible de fournir une statistique ayant quelque valeur d'après les hôpitaux civils.

En effet, les services des traitements externes de la teigne servent surtout au traitement par l'épilation, et comme la plupart des médecins traitent maintenant la pelade sans épilation, le chiffre des peladiques inscrits au traitement est tombé à rien depuis quelques années.

La pelade est d'ailleurs moins fréquente chez les enfants des écoles parisiennes que la tondante.

Quant au traitement des peladiques à Saint-Louis, chaque chef de service en soigne un certain nombre, soit hospitalisés dans ses salles (les cas les plus graves, les formes décalvantes), soit par un traitement externe auquel les malades viennent une ou deux fois par semaine.

Un fait notoire se dégage des documents que je viens de donner, c'est l'augmentation progressive de la pelade dans l'armée française et par contre dans la population civile et dans le pays tout entier.

Que la pelade ait été importée par des civils, cela est possible ; mais le service de santé militaire doit porter tous ses soins à essayer d'enrayer ce mouvement. Tout le monde aujourd'hui plus ou moins passe par la caserne et il faut au moins que celles-ci ne deviennent pas un foyer de contagion. Tous les médecins militaires sont unanimes à accuser la tondeuse de cette aggravation ; et, de fait, elle coïncide à peu près avec le perfectionnement et l'emploi devenu commun il y a quelques années de cet instrument. Il faut en condamner l'usage, tout au moins le surveiller de très près et obtenir que la désinfection en soit soigneusement faite.

Il nous paraît difficile, en présence de tous les faits que nous venons de rappeler de cette extension rapide de la pelade, de la formation de ces épidémies dans certains régiments comme aussi dans le civil, dans certaines écoles, de ne pas croire à la contagion de la pelade commune et nous serions fort aises de savoir quels arguments les non contagionistes pourraient nous opposer.

différentes reprises des adultes dans les casernes (service actif, 28 jours, 13 jours) ne contribue pas dans une large mesure à la dissémination de la pelade, à laquelle nous assistons aujourd'hui, et cela malgré toutes les précautions prises par nos confrères de l'armée. »

« Ce que je puis dire, écrit M. Spillmann (de Nancy), c'est qu'il y a dix ans la pelade était pour ainsi dire *inconnue* dans notre pays. A l'heure actuelle il ne se passe pas de *semaine* que je ne sois consulté par un peladeux.....» La tondeuse est incriminée par les médecins militaires, auxquels M. Spillmann a demandé des renseignements, et lui-même a pu contrôler le fait par une enquête faite aux environs de chez lui, où un coiffeur avait contaminé une dizaine de personnes à l'aide d'une tondeuse.

Cette aggravation de la maladie est aussi constatée dans la note que nous a envoyée M. Moreau (de Toulouse), et pour l'Algérie, depuis quelques années seulement par M. Gémy,

PEMPHIGUS ULCÉREUX
ULCÉRATIONS EN COCARDE, CENTRIFUGES

Par le Dr **Albert Mathieu**,
Médecin des hôpitaux.

Il nous a paru plus facile de dire ce que n'était pas l'éruption dont la description va suivre, que de dire ce quelle était. Ce n'est pas du pemphigus végétant de Neumann, ce ne sont pas non plus des lésions bromiques ou iodiques, puisque les pustules pemphigoïdes se sont montrées à un moment où le malade ne prenait ni iodure, ni bromure. L'usage de l'iodure, incidemment ordonné, a paru cependant donner un véritable coup de fouet. Peut-être est-ce l'impétigo herpétiformis qui se rapprocherait le plus de cette lésion cutanée. On remarquera, en tout cas, la disposition en cocarde des exulcérations qui leur donnaient un aspect si spécial.

On a trouvé du staphylocoque dans le pus des bulles : c'est là une découverte banale, et sans grande signification.

Le nommé M. E..., âgé de 47 ans, tourneur, est entré le 8 juin 1891, à l'Hôtel-Dieu annexe, salle St-Bernard, lit n° 36. Cet homme qui tousse depuis trois ans, présente des signes de bronchite chronique emphysémateuse ; la tuberculose, soupçonnée et recherchée bien des fois n'a jamais été démontrée.

En septembre 1890, attaque de rhumatisme articulaire aiguë, qui le force à garder le lit pendant 5 à 6 semaines.

En avril 1890, à la suite d'une application de vésicatoires, il lui serait survenu une éruption de « furoncles » successivement dans le dos, sur le côté gauche et au bras. En l'espace de 10 mois, il en aurait compté environ 150. Au début, il aurait même eu au poignet droit, un anthrax suivi de phlegmon et d'adénite. De février 1891 au mois de juin de la même année, la peau a été exempte de toute espèce d'éruption.

A cette époque, il survient aux chevilles de petites rougeurs douloureuses ; avec élevures et plus tard suppuration et ulcération. Les jambes sont prises ensuite, puis les cuisses, la tête, les bras, et, en dernier lieu la poitrine. On a pu, en tout, compter une cinquantaine de semblables éléments. Ils étaient le siège d'une vive douleur.

La plupart de ces ulcérations avaient les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50 à celle d'une pièce de 1 ou 2 francs, mais quelques-unes étaient beaucoup plus grandes. Une d'elles sur la jambe gauche, mesurait 5 cent. de long sur 4 de large ; une autre sur la cuisse droite, 4 cent. de long sur 2 de large ; une autre au cou, au milieu de l'avant-bras droit, 3 cent. sur 2 ; un autre sur le bras gauche, 5 sur 3, 5.

Voici quelle était l'évolution de ceux de ces éléments que nous avons pu suivre depuis leur apparition jusqu'à leur cicatrisation.

Au début, on voyait une petite bulle purulente, aplatie, entourée d'une auréole inflammatoire, d'un rouge vif, allant en s'atténuant vers la peau saine.

Cette petite bulle s'étend, augmente de diamètre sans s'élever de façon à atteindre, en quelques jours les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50 environ. A ce moment, elle est aplatie et desséchée. Le pus dans l'intérieur est blanchâtre et épais, l'incision ou la déchirure de la bulle ne suffit pas pour lui donner écoulement. Pour l'extraire, il faut réellement l'exprimer en le pressant. Il est demi-concret, un peu à la façon de la matière sébacée.

Après la déchirure de la pellicule épidermique, il reste une ulcération arrondie ; quelquefois allongée, peu profonde, dont le fond est ouvert par une sorte de membrane diphtéroïde blanchâtre. En regardant avec atten: tion, on aperçoit sous cette membrane quelques petits points rouges qui correspondent aux petits bourgeons charnus qui vont se dégager. L'ulcération est sèche, très peu suintante.

Les jours suivants, l'ulcération s'étend par la périphérie ; elle change alors d'aspect. Au centre, on voit une zone rouge, arrondie, couverte de petits bourgeons charnus, peu élevés, granuleux, secs, peu suintants, d'un rouge assez foncé. En dehors, une zone inclinée légèrement sur laquelle on retrouve la membrane diphthéroïde.

Sur des ulcérations plus vieilles encore et en voie très lente de guérison, il y a une véritable disposition en cocarde, et, de dedans en dehors, on relève les zones concentriques suivantes :

1° Au centre, un cercle rouge couvert d'un léger vernis épithélial qui laisse apercevoir, par transparence la surface granuleuse sous-jacente. Sur la plupart des ulcérations, une sorte de point épithélial de même aspect, va du centre à la circonférence, à la peau saine ;

2° En dehors, une zone de petits bourgeons granités, secs, d'un rouge foncé.

3° Plus en dehors encore, une zone blanche, jaunâtre, recouverte d'un exsudat blanchâtre, presque diphtéroïde, avec çà et là quelques rares petits points rouges correspondant à quelques-uns de ces petits bourgeons, non complètement dégagés encore, que nous avons signalés dans la zone précédente.

4° Enfin, la peau enflammée, légèrement soulevée, rouge ; formant une auréole légèrement inclinée en dehors qui se confond insensiblement avec la peau saine.

L'ulcération tend ainsi à s'étendre par la périphérie et à se guérir au centre.

La durée totale de ces ulcérations a été de 3 semaines à deux mois et plus.

Il semble bien que les bulles pemphigoïdes se soient produites successivement, par véritable inoculation de loin en loin ; le grattage provoqué par le prurit était certainement la cause principale de cette auto-inoculation.

M. Rémond (de Metz) a bien voulu étudier le contenu de ces bulles par l'examen direct, et par des cultures : il n'y a rencontré que du staphylocoque doré.

L'usage de l'iodure de potassium ordonné au malade à la dose de 2 gr. 7, contre la dyspnée et l'échauffement dus à la bronchite emphysémateuse, a paru sensiblement augmenter la tendance des ulcérations à s'étendre : on dut le supprimer, au bout de 8 à 10 jours. C'est à ce moment du reste que l'amélioration commença à faire de sensibles progrès. L'iodure n'avait été pour rien en tout cas dans l'apparition première des éléments pemphigoïdes, puis ulcéreux. Il est bon d'insister sur ce point.

Le malade qui souffrait beaucoup des douleurs, de la cuisson provoquée par les ulcérations ; qui, d'autre part était tourmenté par sa bronchite et sa dyspnée emphysémateuse était maigre, affaibli, mais non réellement cachectique.

Il n'y avait ni sucre ni albumine dans son urine.

Des traitements topiques très variés furent essayés contre ces ulcérations ; emplâtre de Vigo, acide lactique dilué, perchlorure de fer, teinture d'iode, pansements au sublimé, pulvérisations et pansements phéniqués : ce qui parut réussir le mieux de beaucoup, c'est la solution de microcidine en pulvérisation et en pansements.

Après la guérison, l'emplacement et les limites des ulcérations restèrent marqués par des macules brunâtres qui existaient encore plusieurs mois plus tard.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1892

Présidence de M. Lailler.

SOMMAIRE : Correspondance imprimée. —. Présentation d'ouvrages et de photographies. — Angiokératome des mains, télangiectasies du nez chez un sujet atteint d'asphyxie locale des extrémités, par M. G. Thibierge. (Discussion : M. Vidal.) — Lupus pernio, par M. Tenneson. (Discussion : MM. Quinquaud, Vidal.) — Aplaxie moniliforme familiale des cheveux, par M. Hudelo. — Kératose pilaire et aplasie moniliforme des cheveux, par M. Tenneson. (Discussion : M. Hallopeau.) — Sur une sarcomatose cutanée offrant les caractères cliniques d'une lymphangite infectieuse, par MM. Hallopeau et Jeanselme. — Pityriasis rubra pilaire, par M. Du Castel. (Discussion : M. Feulard.) — Gommes du genou, par M. Du Castel. — Contribution à l'étude de la trichophytie humaine ; étude clinique microscopique et bactériologique de la pluralité des trichophytons de l'homme, par M. Sabouraud. — Sur un cas d'érythème circiné tertiaire, par M. A. Souplet. (Discussion : MM. Fournier, Vidal, Quinquaud.) — Stigmates de syphilis héréditaire chez un enfant de 7 ans, par M. Feulard. — Trois cas de syphilis acquise (début par des chancres céphaliques) chez des enfants de 2, 3 et 4 ans, par M. Feulard. — Sur trois cas de pemphigus foliacé, étudiés dans leurs rapports avec la dermatite herpétiforme, par M. Hallopeau. — Pelade traitée par les injections intra-dermiques de sublimé, présentation de malade, par M. Barthélemy.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure intitulée : *Du pemphigus foliacé, étude histologique des lésions trouvées dans trois cas semblables*, par M. le professeur Petrini (de Galatz).

2° Une brochure intitulée : *Contribution à l'étude de la trichophytie tonsurante* (thèse de doctorat, par M. Andrain).

M. Ernest Besnier. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société :

1° Une brochure intitulée : *Contribution à l'étude de l'état mental des hystériques. Dénonciation de crimes imaginaires. Chromidrose simulée*, par le Dr Longbois (de Joigny). Extrait des Annales d'hygiène publique et de médecine légale, n° de juillet 1891.

Dans ce travail l'auteur, ancien élève de l'hôpital Saint-Louis, donne la relation illustrée d'un cas de chromidrose simulée qu'il a observé avec la plus grande sagacité.

2° Au nom de M. le Dr von Düring (de Constantinople) les nos 1, 4, 5, 6, de la *Gazette médicale d'Orient* pour 1892, dans lesquels on trouvera aux noms de M. von Düring et de Zambaco-Pacha des documents très importants à consulter pour l'histoire de la contagion de la lèpre.

3° Également au nom de M. le Dr von Düring, un lot de photographies représentant :

A. Un cas de lèpre dysesthésique du type de la maladie de Morvan avec constatation bacillaire ;

B. Un cas de morphée ;

C. Un cas de pityriasis rubra pilaire ;

C. Un cas de scléro-dactylie annulaire ressemblant à l'aïnhum.

M. Hermet. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société un volume que je viens de publier sous le titre de : *Leçons sur les maladies de l'oreille professées à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. le Professeur Grancher*, et dans lequel j'étudie les lésions syphilitiques de l'oreille.

Angiokératome des mains, télangiectasies du nez chez un sujet atteint d'asphyxie locale des extrémités,

Par M. Georges Thibierge.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un nouvel exemple de l'affection connue depuis les remarquables travaux de Mibelli sous le nom d'angiokératome, mais sous une forme atténuée qui risque facilement de passer inaperçue, et survenue dans des conditions étiologiques assez spéciales pour mériter l'attention.

J. D..., 30 ans, garçon coiffeur, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, pendant que j'avais l'honneur de remplacer mon chef et éminent maître M. le Dr E. Besnier.

Cette homme se plaint de « poussées congestives » occupant le nez et survenant de temps à autre, principalement au moment des repas 5 à 6 minutes après qu'il s'est mis à table ; il est sujet depuis son enfance à ces poussées qui étaient même plus prononcées autrefois ; ces poussées sont précédées d'une sorte d'aura, caractérisées par un énervement considérable, du trouble dans les idées, en même temps que la prononciation des mots deviendrait plus difficile ; elles se caractérisent par une rougeur diffuse du nez qui dure en moyenne une demi-heure et se termine par des sueurs locales profuses à son niveau, en même temps qu'il se produit une « détente nerveuse », et que les idées redeviennent libres. Le grand froid produit des poussées analogues.

Ces poussées, qui semblent constituées plutôt par une crise d'asphyxie locale que par une congestion véritable, mais dont nous n'avons pu être témoin, ont laissé sur le nez des traces persistantes de leur existence : ce sont de très nombreuses dilatations vasculaires siégeant de préférence au niveau du lobule et caractérisées par leur aspect étoilé, par leur largeur et par leur coloration bleuâtre ; entre les vaisseaux dilatés, la peau a conservé sa coloration normale et son aspect normal.

Le malade est sujet à ces poussées depuis des années : vers l'âge de 15 à 16 ans, il était déjà l'objet de moqueries pour cette raison. A cette époque, la rougeur ne se montrait qu'à l'extrémité du nez et était plus franchement rouge; depuis lors, la surface atteinte s'est étendue et la rougeur est devenue un peu violacée.

En recherchant chez ce malade d'autres indices de la maladie de Raynaud, nous apprenons qu'il est également sujet à des troubles de la vascularisation des mains: sous l'influence du froid, les mains, ou mieux, le plus souvent la main droite d'abord, et ultérieurement la main gauche, prennent une couleur violacée, en même temps qu'elles se refroidissent, que leurs mouvements sont gênés par une sorte d'engourdissement, le refroidissement s'étend un peu plus haut que la coloration rouge et atteint tout le tiers inférieur ds l'avant-bras; l'accès est précédé de troubles intellectuels difficiles à définir, mais beaucoup moins accusés que ceux qui précèdent les troubles de la vascularisation du nez; la rougeur dure 7 à 8 minutes, puis lorsque le malade rentre dans un appartement chaud, les troubles cérébraux s'accusent, le sujet « n'a plus ses idées », ses mains deviennent sèches et blanches et reprennent leur température normale.

Quand il lit ou lorsqu'il est préoccupé, il lui arrive quelquefois de voir ses mains devenir blanches, s'engourdir, et d'être obligé de faire un peu d'exercice pour qu'elles reprennent leur coloration et leur mobilité normales.

Nous pouvons en outre constater sur les mains les lésions suivantes : ce sont de petites taches rouges, arrondies ou irrégulières, ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle ordinaire, constituées par de très fines dilatations vasculaires anastomosées irrégulièrement ; ces dilatations sont surtout appréciables lorsqu'on exerce sur la lésion une pression légère ; à une pression plus forte, les dilatations disparaissent complètement et la lésion n'est plus appréciable que par une très légère coloration jaune sale de l'épiderme qui la recouvre ; au niveau de la plupart des éléments, l'épiderme est légèrement épaissi, mais nulle part la surface libre ne présente l'aspect papillomateux caractéristique des verrues ; au niveau d'un certain nombre des éléments, il est même difficile d'affirmer que l'épiderme est épaissi.

Ces lésions s'observent aux deux mains, mais plus nombreuses et plus développées à la main gauche qu'à la main droite ; aux deux mains elles respectent le pouce. A gauche, elles occupent surtout la face dorsale des premières phalanges des doigts ; on en trouve deux ou trois sur chacune des deux dernières phalanges ; on en voit également deux sur la face dorsale de la main ; la paume de la main est indemne ; sur la face palmaire des doigts, on ne voit qu'un élément au niveau de la deuxième phalange de l'auriculaire. A droite, on ne trouve qu'un petit nombre d'éléments sur la face dorsale des phalanges des doigts ; elles ont leur maximum d'abondance sur le dos de la main ; on en trouve en particulier au niveau de la 6e articulation métacarpo-phalangienne deux remarquables par leur développement et leur largeur ; la paume de la main est indemne.

Le sujet n'attache pas grande importance à ces lésions des mains ; il déclare cependant qu'elles durent depuis 7 à 8 ans ; il a parfois constaté sur les doigts la présence d'une petite saillie noire « comme un grain

de sang caillé noir » dont l'ablation était suivie d'une légère hémorrhagie.

Le malade a eu souvent des engelures dans son enfance, mais depuis deux ans il en est rarement atteint.

Les antécédents de ce malade ne présentent à noter que des troubles nerveux; dans son enfance il avait fréquemment des cauchemars et urinait au lit, sans avoir jamais eu d'attaques d'hystérie, c'est un homme manifestement nerveux, irritable, agité, se mettant facilement en colère ; il raconte avec volubilité les troubles qui l'amènent à l'hôpital; son regard exprime l'agitation de ses idées; c'est d'ailleurs un homme très intelligent.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons les faits suivants : père nerveux, très violent, ainsi que son frère aîné : ce dernier et une tante du côté paternel ont eu des poussées d'asphyxie locale des extrémités semblables à celles dont il est lui-même atteint; un frère cadet est très sujet aux engelures; le malade ne peut dire si quelqu'un de ses parents a été atteint d'angiokératome.

L'existence de l'angiokératome est indiscutable chez ce malade : la limitation, l'aspect des télangiectasies correspondent absolument à la description de Dubreuilh, de Mibelli, de Pringle, etc. Les lésions épidermiques sont, il est vrai, peu développées, presque nulles, sinon nulles sur certains éléments; mais dans les cas les plus accusés on voit entre les éléments des différences analogues et quelques-uns d'entre eux sont caractérisés uniquement par la présence d'un angiome à côté d'autres manifestement et grossièrement verruqueux.

Le peu de développement des lésions épidermiques dans le cas actuel vient à l'appui de l'opinion émise par Mibelli et adoptée par tous les auteurs qui se sont occupés de la question, à savoir que l'altération vasculaire est la première en date, l'occasion et la cause de la production papillomateuse.

Les caractères atténués des lésions, si minimes que le porteur les soupçonnait à peine peuvent faire admettre qu'un certain nombre de cas d'angiokératome passent inaperçus et que cette affection, dont les cas typiques se sont multipliés depuis qu'on la connaît bien, est peut-être encore plus fréquente qu'on ne le soupçonne actuellement.

Les dilatations variqueuses des vaisseaux du nez n'ont pas été signalées jusqu'ici dans les cas d'angiokératome : leurs analogies évidentes avec les angiomes des mains permettent de croire qu'il n'y a pas dans le cas actuel une coïncidence absolument fortuite : ce sont, à des sièges différents, des télangiectasies des extrémités (acrotélangiectasies).

L'existence des engelures est relevée dans les antécédents de notre malade : on sait qu'on les trouve dans presque tous les cas sinon dans tous les cas d'angiokératome.

Mais ici, il existe une condition pathogénique importante, anté-

rieure aux engelures, c'est l'asphyxie locale des extrémités. état pathologique qui n'est pas sans doute la cause nécessaire des engelures, mais agit comme cause prédisposante. On peut remonter plus haut encore, car il est impossible de dénier à l'état de nervosisme, si accusé de ce sujet, un rôle dans la production de ces crises d'asphyxie des extrémités.

La série morbide : nervosisme, asphyxie des extrémités, engelures, angiokératome, dont tous les termes s'enchaînent si évidemment dans le cas présent, n'existe sans doute pas de toute nécessité dans tous les cas d'angiokératome, l'un ou l'autre des deux premiers termes peut faire défaut ; il n'en est pas moins intéressant d'en noter l'existence chez notre malade et elle devra être recherchée dans les cas analogues.

M. VIDAL. — Je ferai remarquer l'intégrité des pouces chez ce malade ; elle existait déjà dans le cas que M. Brocq a fait voir à la dernière séance de la Société et est sans doute en rapport avec la rareté des engelures sur ces doigts.

Lupus pernio,

Par M. TENNESON.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un cas de *lupus pernio* remarquable par l'intensité des lésions et par une particularité non encore signalée qui jette une vive lumière sur la nature de cette affection.

Q..., Palmyre, 46 ans, entrée le 19 octobre 1892, salle Biett, n° 37, service de M. Tenneson. Observation reueillie par M. Deguéret, interne du service.

Dans l'enfance, maux d'yeux et maux d'oreilles. Une fausse couche ; quatre enfants robustes et bien portants.

Toux et dyspnée habituelles. Battements de cœur sourds. Rien à l'auscultation des poumons. Urine normale. Pas d'œdème aux membres inférieurs. Un peu d'embonpoint.

En 1882, début du lupus par une tache rouge au niveau du sourcil droit ; en même temps, douleurs articulaires que la malade dit avoir été violentes.

En 1885, la tache rouge, qui a grandi, occupe toute la moitié droite du front. Un jour, fièvre, rougeur étendue à toute la face et au cuir chevelu, avec tuméfaction diffuse, œdème des paupières et douleur à la pression. Le médecin traitant pose le diagnostic d'érysipèle, mais trouve cet érysipèle insolite, extraordinaire. Au bout d'une semaine, la fièvre tombe et la rougeur s'efface partout, excepté sur les joues et sur le nez, où elle reste à peu près ce qu'elle est aujourd'hui. Pas de desquamation consécutive.

En 1889, rougeur et tuméfaction à la face dorsale de la main et des doigts du côté droit, puis du côté gauche.

En 1891, douleurs vives dans la cuisse droite avec fièvre et délire. Le médecin traitant pose le diagnostic de goutte. Durée, un mois.

En mars 1892, troubles digestifs.

En juillet, vives douleurs dans un coude. Depuis le début du lupus, 1882, la malade a souvent souffert des articulations ; à chaque poussée, les lésions de la peau ont pâli pour reprendre ensuite leur couleur habituelle.

État actuel. — Le lupus occupe la face et les membres supérieurs. Au nez et aux joues, les lésions sont symétriques.

Aux joues, rougeur violacée intense et tuméfaction, limitées en dedans par un bord net qui répond au sillon naso-labial ; en dehors, les parties malades se fondent insensiblement avec les parties saines. Télangiectasies.

En saisissant les joues entre les doigts, on perçoit une induration profonde, diffuse, qui a notablement diminué depuis l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le nez est comme les joues d'un rouge violet intense ; il est infiltré, tuméfié, déformé. Au lobule,cicatrice consécutive à un traumatisme ancien et à des topiques irritants. Au nez et aux joues, sur le fond rouge se détachent nettement des tubercules lupiques de couleur jaune sucre d'orge, lenticulaires, distincts les uns des autres, et des cicatrices lisses, de mêmes dimensions, qui paraissent consécutives aux tubercules. Quelques-uns font une légère saillie au-dessus des parties voisines.

Au menton une plaque rouge, graude comme une pièce de 1 franc. Tubercules.

A la région sous-maxillaire droite, plaque semblable.

Au-dessus du sourcil droit, tache rouge, mal limitée, sans tubercules.

Les lobules des oreilles sont tuméfiés, violets.

Sur la face dorsale des mains et des doigts, tuméfaction molle, rougeur violacée avec télangiectasies. Les limites de la lésion sont indécises. Pas traces de tubercules.

Sur l'avant-bras droit, une tache semblable, grande comme la paume de la main, en voie de régression. Une tache plus petite sur le bras gauche.

Déformations et déviations des phalanges des doigts. Laxité ligamentaire des articulations phalangiennes. Lésions trophiques des ongles.

En résumé, voici un lupus pernio, dont le début remonte à dix ans pour la face, à trois ans pour les mains. Or, à la face existent des tubercules lupiques incontestables, dont la nature a été confirmée par l'examen histologique ; sur les membres au contraire ces tubercules font défaut. Le lupus pernio ne peut donc être rattaché ni au lupus érythémateux, puisque quelquefois il présente des tubercules, ni au lupus tuberculeux, puisque ailleurs il n'en présente pas.

C'est un lupus distinct par l'ensemble de ses caractères cliniques ; mais comme les deux autres c'est une manifestation cutanée de la tuberculose, une tuberculide.

J'appelle votre attention sur le faux érysipèle dont notre malade a

été atteinte en 1885, sur les arthrites douloureuses et fébriles qui se sont produites à diverses reprises, et sur les déformations des phalanges qui existent actuellement. Tout cela répond aux érythrodermies et aux arthro-ostéopathies que M. E. Besnier a signalées dans le lupus érythémateux, et dont il a présenté à la Société un exemple remarquable, au mois d'avril dernier.

M. Quinquaud. — Sur des coupes histologiques faites par M. Morax, j'ai constaté la prédominance excessive des cellules épithélioïdes et une très grande rareté des cellules géantes ; je n'ai pas rencontré de bacilles ; sur ces préparations, outre l'existence d'une substance myxomateuse filtrant par places le tissu pathologique, j'ai remarqué la présence de lacs sanguins systématisés dans le réseau vasculaire superficiel. Sur beaucoup de points, on ne voit aucune lésion myxomateuse, mais de simples altérations d'œdème avec dilatation des lymphatiques. Il est possible que cette dernière lésion soit exagérée par l'état cardiaque de la malade. Enfin, j'ai vu un grand nombre de petits kystes sébacés, d'où une certaine ressemblance de lésions avec l'acné rosacée.

En résumé, ces lésions sont celles d'un lupus, mais d'un lupus à caractères histologiques particuliers, qu'on pourra définir anatomiquement : lupus à forme myomateuse et œdémateuse.

L'inoculation faite à un cobaye a donné un résultat qu'on peut considérer comme positif, quoique l'animal ne soit pas encore mort, car il a présenté la réaction caractéristique sous l'influence de la tuberculine de Roux.

M. Vidal. — Ce fait est un exemple très intéressant de la forme de lupus que M. Besnier a fait connaître sous le nom de lupus pernio. On voit dans ce cas toutes les périodes de cette variété de lésions lupiques : la lésion offre l'aspect général d'un érythème pernio permanent, mais en tendant la peau on voit des tubercules lupiques parfaitement nets. C'est dans son type le plus élevé la forme que j'ai décrite sous le nom de lupus en nappe, forme qui présente plusieurs variétés ; une autre variété m'avait paru autrefois due à la transformation du lupus érythémateux en lupus tuberculeux, tandis qu'il s'agissait uniquement d'un lupus tuberculeux en nappe très mince (lupus en nappe superficielle). Ici au contraire il s'agit d'un lupus en nappe profonde.

Il est remarquable que, dans les maladies infectieuses à marche chronique, les lésions peuvent présenter des caractères macroscopiques très analogues : dans la syphilis et dans la lèpre on trouve des lésions offrant une disposition ressemblant beaucoup à celle de ces lupus en nappes.

Aplasie moniliforme familiale des cheveux,

Par M. Hudelo.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une fillette entrée depuis quelques jours dans le service de notre cher maître M. le professeur

Fournier, qui présente cette curieuse et rare affection congénitale et familiale du système pileux désignée sous le nom d'aplasie moniliforme, et dont il y a quelques mois M. Sabouraud vous communiquait une intéressante observation.

Voici l'histoire de notre malade :

Jeanne G..., âgée de 11 ans 1/2, habitant la campagne aux environs de Vesoul, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour une alopécie qui remonte à la naissance même ; elle entre le 7 novembre dans le service de M. le professeur Fournier.

C'est une enfant vigoureuse, qui s'est toujours bien portée : aucune maladie aiguë dans l'enfance ; aucun stigmate de syphilis.

Elle avait, en naissant, des cheveux bien fournis qui, paraît-il, sont tombés rapidement à l'âge de deux mois, et qui depuis lors n'ont jamais repoussé complètement et n'ont jamais atteint plus de deux centimètres de longueur; les cils et les sourcils seraient, au dire de la parente (cousine du côté paternel) qui accompagne la malade, tombés eux-mêmes plusieurs fois.

Ce qui frappe aujourd'hui, tout d'abord, c'est l'alopécie; d'une part, les cheveux existants sont très clairsemés, surtout au niveau de la nuque; d'autre part ils sont mal poussés et très courts. Mais il n'y a pas de plaque absolument dénudée sur tout le cuir chevelu.

Les cheveux les plus longs ne dépassent guère 1 centimètre 1/2, ils ont le plus souvent 2, 3, 5 millimètres ; ils sont tous d'une extrême minceur; les uns, les plus longs, sont bien droits ; les autres, et c'est le plus grand nombre, plus minces, plus secs, plus courts, sont soit incurvés, soit coudés : ces derniers cheveux sont cassants, et, presque toujours, lorsqu'on les prend à la pince, la cassure se fait au niveau d'un des coudes. Le cuir chevelu est, dans sa plus grande étendue, blanchâtre, sec, lisse, presque cicatriciel ; de ci de là on note des élevures kératosiques peu nombreuses, sauf à la nuque où ces élevures rougeâtres sont abondantes : c'est l'aspect caractéristique de la kératose pilaire.

Les sourcils sont très clairsemés ; surtout dans leur tiers interne ils rappellent, par leur aspect, l'alopécie sourcilière des syphilitiques (signe d'omnibus de M. Fournier); les poils ont en général une longueur normale; un certain nombre cependant sont courts, minces et cassants; ils ont poussé irrégulièrement, dans tous les sens, d'où un aspect broussailleux du sourcil. Les cils sont assez bien fournis, sauf dans leur tiers interne, où les poils sont très petits.

L'enfant, qui n'est pas réglée, n'a de poils ni au pubis, ni aux aisselles.

On note, en dehors de la kératose pilaire que nous avons signalée au cuir chevelu, un très léger degré de cette altération à la face postérieure des bras, antérieure des cuisses et externe des jambes.

L'examen microscopique, à un faible grossissement, fait faire le diagnostic immédiat de la maladie ; pour les cheveux, on voit que, tandis que l'altération caractéristique épargne les cheveux droits, elle atteint au contraire les cheveux coudés, cassants. C'est, comme tous les cas sem-

blables, une atrophie totale du cheveu de sa racine à sa pointe, constituée par une succession régulière d'étranglements et de renflements égaux entre eux; aucun parasite, aucune spore n'est constatable.

Aux sourcils, on note, sur quelques-uns des poils courts et cassants, une atrophie analogue avec état moniliforme léger.

Enfin, nous avons constaté sur quelques cils courts une très légère tendance à l'aspect moniliforme.

Telle est l'histoire de notre malade ; elle se complète par celle de sa famille ; car, tandis que l'on ne constate aucune maladie analogue ni chez le père, ni chez les ascendants du côté paternel, on rencontre au contraire du côté maternel les détails intéressants suivants :

La mère, qui a 40 ans, n'aurait pas eu de cheveux pendant toute son enfance ; vers 14 ans, la chevelure se serait développée, mais en laissant des surfaces dénudées sur la lisière du cuir chevelu. (Nous n'avons pu voir cette personne, qui habite près de Vesoul.)

La mère n'a qu'une sœur, dont la chevelure est normale, et qui n'est pas mariée.

Le père de la mère n'avait pas de cheveux, et cette alopécie remontait à la naissance.

Un des frères de ce grand-père de notre malade est également alopécique de naissance.

Enfin, un ascendant de la génération antérieure (4e par conséquent), probablement un cousin germain des arrière-grands-parents maternels de notre enfant, était dans le même cas.

Notre malade a 2 sœurs : une de 14 ans dont les cheveux atteignent à peine 10 à 15 centimètres et feraient défaut vers la nuque ; une autre de 9 ans, dont la chevelure est normale. Nous n'avons pu malheureusement voir ces deux enfants.

Donc, dans notre observation comme dans celles qui ont été précédemment signalées, cette curieuse affection se présente comme une malformation congénitale et familiale, en coïncidence avec des altérations toujours constantes, quoique d'intensité et d'étendue variables, de kératose pilaire.

Kératose pilaire et aplasie moniliforme des cheveux,

Par M. Tenneson.

Les rapports de la kératose pilaire et de l'alopécie congénitale avec aplasie moniliforme des cheveux sont à l'ordre du jour en dermatologie. J'apporte à l'appui de ces rapports une nouvelle observation qui semble calquée sur les quelques faits du même genre publiés antérieurement. L'état de la science sur la question a été résumé par

M. Sabouraud dans un excellent travail (*Bulletins de la Société française de dermatologie*, juillet 1892).

La jeune fille que j'ai l'honneur de présenter à la Société, appartient à une famille de cinq enfants.

L'aîné, mort à 18 ans de tuberculose pulmonaire, était atteint d'alopécie congénitale. Viennent ensuite notre malade, âgée de 17 ans ; puis un garçon de 9 ans et une fille de 6 ans, qui tous deux ne sont pas alopéciques ; enfin une fille de 2 ans, alopécique depuis sa naissance.

Le père de ces cinq enfants est atteint d'alopécie congénitale.

Il a un frère et une sœur atteints de la même affection. En tout 6 cas pour 2 générations. Mes renseignements ne vont pas au delà.

La mère nous a dit que ses trois enfants alopéciques avaient perdu les cheveux de la même manière.

A leur naissance elle n'a rien remarqué de particulier ; c'est au bout de six semaines environ que les cheveux ont commencé de tomber ; chaque jour elle en trouvait un grand nombre dans le bonnet de l'enfant ; quelques mois plus tard, l'alopécie était ce qu'elle est aujourd'hui.

S..., Aimée, mécanicienne, 17 ans, entrée le 8 octobre 1892, salle Biett, nº 24, service de M. Tenneson.

Réglée à 14 ans ; aménorrhée depuis un an ; peu développée pour son âge ; bonne santé habituelle.

L'alopécie est générale. Du cuir chevelu pâle et dénudé émergent des cheveux clairsemés et cassés à quelques millimètres ou quelques centimètres de la racine ; les uns sont noirs et d'épaisseur normale, les autres, grisâtres et amincis. Un bon nombre présentent une série de renflements fusiformes régulièrement distribués sur la tige ; les autres en aussi grand nombre ne présentent rien de semblable et sont d'un calibre uniforme. Le cuir chevelu n'offre ni rougeur, ni séborrhée, ni prurit, ni rétraction cicatricielle mais on constate à la base des cheveux des petites élevures cornées dont la nature devient évidente quand on examine les régions voisines du cuir chevelu. Là, sur une zone irrégulière de 5 à 10 centimètres de largeur, existent les lésions typiques de la kératose pilaire. Les élevures cornées y sont plus grosses, plus congestives, et se continuent par transitions insensibles avec celles du cuir chevelu.

Alopécie sourcilière, surtout marquée à la partie externe : poils cassés, rougeur, pas de grains kératiques appréciables. Les autres régions pilaires, aisselles, pubis ne présentent rien d'anormal.

Kératose pilaire sur les faces postérieure et externe des bras et des avant-bras ; sur les faces antérieure et externe des cuisses et des jambes.

Chez la plus jeune sœur de notre malade (Louise, 2 ans 1/2) que nous avons examinée, les lésions sont les mêmes ; mais il existe de plus une séborrhée ou desquamation furfuracée abondante du cuir chevelu. Sur aucun membre de la famille, il ne paraît exister d'ichtyose.

Dans la séance prochaine nous communiquerons à la Société les résultats de l'examen histologique.

Quelques mots seulement sur les rapports des lésions que nous venons de décrire. Pour nous, ces rapports s'imposent dans le cas actuel et dans ceux du même genre. Admettre ici une coïncidence accidentelle de la kératose pilaire et de l'aplasie moniliforme ne nous paraît pas possible. Nous partageons donc l'opinion que d'autres dermatologistes ont formulée avant nous; nous pensons que l'aplasie moniliforme et l'alopécie congénitale, héréditaire et familiale, sont des effets de la kératose pilaire. La kératose pilaire (lichen pilaire, xérodermie pilaire) est autre chose que l'élevure cornée à la base du poil; elle consiste dans une lésion profonde de la papille et du follicule. M. Kaposi a rapproché très heureusement cette lésion et l'ichtyose. Comme l'ichtyose c'est une malformation de la peau. Dans sa forme légère commune, elle n'appelle l'attention qu'au bout de quelques années; mais elle peut aussi se traduire dès les premières semaines de la vie par les lésions plus graves et moins connues dont nous avons apporté un nouvel exemple (1).

M. Hallopeau. — Il faut attendre, avant d'affirmer l'identité des grains de l'aplasie moniliforme avec ceux de la kératose pilaire, les résultats de l'examen histologique, car il est possible que, malgré les ressemblances macroscopiques, ces productions soient liées à des processus distincts et se produisent sous l'influence de causes différentes; il y aurait également lieu, à ce point de vue, de pratiquer l'examen des poils qui émergent des grains de kératose pilaire, développés sur les membres : nous avons constaté, chez plusieurs de nos malades atteints d'aplasie moniliforme de tout le système pileux, qu'ils présentaient cette altération ; il doit en être de même dans la kératose pilaire qui existe à divers degrés, chez la plupart des sujets sains si réellement l'aplasie des cheveux n'est due qu'à la localisation dans le cuir chevelu de cette kératose.

M. Tenneson. — Quel que soit le résultat de l'examen histologique, le diagnostic ne devra pas être modifié : si ces lésions ne sont pas de la kératose pilaire, il n'est pas possible de faire le diagnostic clinique d'une seule dermatose.

Sur une sarcomatose cutanée offrant les caractères cliniques d'une lymphangite infectieuse,

Par MM. Hallopeau et Jeanselme.

Voir page 1088.

(1) L'expression de *Monilethrix* proposée pour remplacer celle d'*Aplasie moniliforme*, est inutile et mal formée. Monilethrix (de *monile, is* — θρίξ, τριχός est formé d'un mot latin et d'un mot grec, et de leurs deux nominatifs. Or c'est du génitif que se tirent les dérivés et les composés. C'est même pour cela qu'on le nomme *genitivus* (qui engendre).

Pityriasis rubra pilaire,

Par M. Du Castel.

La petite malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société, est une fillette de 9 ans, atteinte de l'affection décrite le plus habituellement sous le nom de pityriasis rubra pilaire et que notre savant collègue, M. Vidal, se basant sur les modifications anatomiques, a désignée sous le nom d'hyperépidermotrophie généralisée.

De la date, du mode de début de l'affection, je ne vous dirai rien de précis ; je n'ai pu voir les parents de l'enfant et ne possède aucun renseignement positif à cet égard ; tout ce que je puis vous dire, c'est qu'au mois d'avril dernier, notre petite malade a été considérée comme atteinte de scarlatine ; a-t-elle vraiment eu cette fièvre éruptive, ou l'érythrodermie, dont elle présente encore aujourd'hui un degré atténué, a-t-elle été confondue avec une scarlatine? J'admettrais volontiers la seconde hypothèse. Ce qui est certain, c'est que, depuis cette époque, la jeune M... a présenté un type parfait de pityriasis rubra pilaire parvenu à un degré de développement rare : aujourd'hui, vous voyez l'affection en voie notable d'amélioration, grâce aux frictions à l'huile de cade auxquelles la malade a été soumise, et cependant les lésions caractéristiques existent encore toutes, et à un haut degré. Toute la surface du corps est d'une rougeur vive scarlatiniforme. Sur le cuir chevelu, la face, le tronc, se produit une desquamation en écailles larges et minces ; le cuir chevelu, les oreilles, la face offrent le type séborrhéique accusé ; il y a un léger degré d'ectropion ; la peau présente une exagération des saillies et des plis papillaires très prononcée sur le cou, le tronc, les membres supérieurs, les cuisses ; aux mains, l'épaississement du derme est très accusé sur le dos ainsi que sur le dos des doigts où la lésion pilaire se trouve perdue et masquée dans l'altération générale de la peau ; les ongles présentent l'altération en jonc et la croissance rapide sur lesquelles ont insisté MM. Besnier et Vidal. Sur les jambes, l'altération exagérée de chaque appareil pilaire est encore nettement dessinée par suite du manque de modifications sérieuses du derme ; chaque saillie pilaire ressort distincte, et au milieu d'elle on aperçoit le cône épidermique caractéristique. Sur le dos du pied, les lésions sont peu accusées, et sur le dos de chacun des orteils, on voit ici une demi-douzaine, là une dizaine d'éléments caractéristiques réunis par petits groupes. La paume des mains, la plante des pieds offrent la rougeur, le fendillement, la desquamation si particuliers de la maladie.

L'état général de la santé est excellent.

En vous présentant cette malade, je n'ai pas la prétention de vous montrer un fait nouveau, mais seulement une affection aujourd'hui bien connue, grâce aux travaux des maîtres de l'hôpital Saint-Louis, parvenue dans le cas actuel à un de ses plus hauts degrés de développement.

M. Feulard. — Voici un petit malade entré il y a seulement quelques jours à l'hôpital des Enfants et qui me paraît tout à fait comparable à la malade de M. Du Castel. Ce garçon, âgé de 14 ans et demi, présente un bel exemple de pityriasis pilaire encore au début : on ne saurait dire pityriasis *rubra* pilaire car il n'est pas rouge, ou mieux *pas encore* rouge. Seules les paumes des mains présentent de la rougeur en même temps qu'une abondante desquamation ; sur le reste du corps c'est l'élément kératosique seul qui domine. L'éruption est surtout remarquable sur le tronc, où, sur la poitrine et le dos, elle se présente seulement à l'état de grains pilaires sans plaques agglomérées. Au niveau des aisselles, sur le cou, les saillies cornées commencent à former des stries parallèles, le visage est indemne ; aux deux coudes, au-devant des genoux, placards granités, sur le reste des membres presque rien, sauf la paume des mains et la plante des pieds qui sont remarquablement kératosiques mais pas rouges ; la face dorsale des mains est intacte, le malade a remarqué qu'il fallait couper souvent ses ongles.

Gommes du genou,

Par M. Du Castel.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, âgé de 40 ans, montre les analogies d'aspect qui peuvent exister entre les gommes syphilitiques et les gommes tuberculeuses.

Au niveau de la face interne du genou, cette plaque d'ulcérations nettement arrondies, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes ou un peu plus, à bords décollés, à fond lardacé, rappelle les placards ulcéreux des syphilides régionales ; la présence à ses environs d'une gomme récemment ulcérée, de cette autre gomme du volume d'une noix, à fluctuation obscure, non encore ouverte, complète les analogies. Le groupement plus irrégulier, moins franchement circiné des ulcérations, leur couleur moins grise, l'absence des croûtes ostréacées de la syphilis constituent des nuances capables peut-être en quelque degré de porter l'esprit vers la pensée d'une affection tuberculeuse ; mais ces nuances sont manifestement insuffisantes pour permettre d'affirmer une telle nature des lésions que je vous présente, et le professeur Fournier, à qui je montrais hier le malade, pensait avec nous que l'inoculation des tissus morbides au cobaye ou au lapin permettrait seule par ses résultats d'être affirmatif dans le diagnostic. Si aujourd'hui j'incline fortement à poser le diagnostic de tuberculose, c'est en me basant sur les commémoratifs beaucoup plus que sur l'aspect des lésions. Le malade raconte qu'il y a deux ans une tumeur s'était développée à la partie interne et inférieure du fémur, qui fut enlevée et déclarée tuberculeuse ; un tube à drainage fut laissé en place après l'opération et le trajet qu'il traversait se cicatrisa rapidement.

Après plusieurs mois de tranquillité, l'une des cicatrices laissées par le tube à drainage s'enflamma, se rouvrit et depuis lors des ulcérations

n'ont cessé de se reproduire au pourtour, présentant l'aspect de celles que nous voyons aujourd'hui, laissant après leur guérison les cicatrices lisses et pigmentées qui remplissent les intervalles des ulcérations actuelles. En scrutant le malade, au point de vue de la tuberculose, on ne constate rien à l'examen de la poitrine ; il existe seulement un noyau d'induration de l'épididyme droit dont la nature tuberculeuse peut être admise, mais pas affirmée, le malade prétendant qu'il est survenu à la suite d'une blennorrhagie.

En recherchant si notre malade est syphilitique, on ne trouve rien chez lui qui indique à aucun moment donné de son existence la production de manifestations syphilitiques ; pas de syphilis héréditaire ; pas de stigmates syphilitiques chez lui, excellente santé, et longue vie de ses frères et sœurs ; pas de syphilis acquise, le malade n'a jamais eu de chancre et n'a jamais présenté d'accidents qu'on puisse rapporter à une syphilis ignorée ; il a eu 3 enfants, qui paraissent indemnes de cette affection et dont l'un est mort, il y a cinq ans, de tuberculose de la colonne vertébrale.

De tels anamnestiques nous conduisent vers le diagnostic de gommes tuberculeuses et l'opinion la plus probable nous paraît être que V... a été atteint d'un foyer de tuberculose osseuse dont l'ablation a été incomplète et les produits tuberculeux échappés à l'opérateur qui pullulent aujourd'hui dans la peau et le tissu sous-cutané, deviennent l'occasion des lésions que nous constatons.

Contribution à l'étude de la trichophytie humaine. Étude clinique, microscopique et bactériologique sur la pluralité des trichophytoses de l'homme,

PAR M. SABOURAUD (1).

Sur un cas d'érythème circiné tertiaire,

Par M. ABEL SOUPLET.

En ce moment, est couchée à la salle Henri IV, lit n° 31, la nommée G..., Louise, âgée de 28 ans, entrée le 15 octobre.

Cette femme, qui est assez grande, forte, bien réglée, présente les lésions suivantes :

Sur le cuir chevelu rien à signaler. Sur la figure quelques granulations d'acné miliaire. La cavité buccale est indemne.

Le cou présente une pigmentation notable, aréolaire, surtout marquée du côté droit.

(1) Voir page 1061.

Quand on pratique l'examen du tronc,ce qui attire tout d'abord l'attention, ce sont les régions épigastrique et lombaire. Elles sont en effet parsemées de placards arrondis ou ovalaires, de dimensions variables, mais qui tous ont, à un degré d'autant plus marqué qu'ils sont plus considérables, la disposition circinée. Les plus petits ont un aspect circulaire; les plus grands sont au contraire nettement elliptiques, mesurant dans leur grand diamètre 3, 4 et 5 centimètres. Le nombre de ces placards n'est pas très considérable, ce qui contribue à les faire ressortir sur la peau normale.

Étudié en détail, chacun de ces placards présente un bord et une partie centrale. Le centre est constitué par la peau saine, mais légèrement pigmentée. Les bords sont continus, étroits, sans relief appréciable, de teinte rose légèrement cuivrée, donnant au toucher une sensation un peu rugueuse et un peu grenue; enfin ils sont finement squameux et plissés de petits plis très fins parallèles au grand axe de l'ellipse. Ces deux derniers caractères signalés déjà dans la thèse de Brauman, sont très nets chez cette malade. Les régions thoraciques latérales présentent le même aspect; toutefois le nombre des éléments est beaucoup plus limité.

La poitrine offre également un certain nombre de placards; mais leurs caractères sont moins tranchés. La teinte est plus rose pâle, presque jaunâtre. La partie centrale est moins pigmentée. Les bords sont cerclés d'un pourtour sec et finement squameux.

Enfin, toutes les régions que nous venons d'énumérer présentent de petites surfaces arrondies, des taches, d'aspect uniforme. Leur coloration est rose jaunâtre; elles sont squameuses et un peu rugueuses au toucher. Les plus grandes, c'est-à-dire celles qui dépassent les dimensions d'une pièce de vingt centimes, se rapprochent de la conformation des placards et tendent à la disposition circinée.

Sur les cuisses et sur les jambes on trouve cinq ou six taches analogues. Ajoutons que cette éruption n'est pas prurigineuse.

Cet ensemble de caractères n'a rien de pathognomonique; il peut appartenir à la trichophytie cutanée,à l'eczéma séborrhéique, au pityriasis rosé de Gibert.

La trichophytie cutanée peut être mise hors de cause ; ni M. Darier, ni nous-même n'avons rien trouvé dans les squames.

Pour les deux autres affections, c'est aux renseignements, c'est à la marche de l'affection qu'il faut nous adresser.

Voici l'histoire de cette malade :

Son père est mort à 34 ans d'accident. Sa mère, qui a vécu toujours bien portante, est morte à 60 ans. Elle avait eu onze enfants, tous morts jeunes, sauf notre malade et une autre fille morte en couches à l'âge de 22 ans.

Notre malade a toujours été bien portante; elle a eu des flueurs blanches pendant longtemps.

En 1885, vers la fin de décembre, elle entre à Tenon, dans le service de M. Roques, pour se faire soigner d'une bronchite et de pertes abondantes qui duraient depuis 15 jours. On lui trouva un chancre mou de la fourchette et une métrite. Au bout de six semaines elle sortit guérie.

Notons que l'examen des organes génitaux ne décèle à présent aucune cicatrice.

En novembre 1887, n'ayant rien présenté depuis sa sortie de Tenon, elle eut très probablement une bartholinite suppurée qui se serait ouverte spontanément. Nous n'avons pas trouvé davantage de cicatrices.

Les registres de l'hôpital nous font constater son passage à deux reprises, en 1888, dans le service de M. Vidal. Entrée le 22 mai pour des boutons aux parties, elle prit des pilules de Dupuytren pendant tout son séjour, 3 semaines environ. Le registre de sortie porte simplement : syphilis.

De retour chez elle, elle continue les pilules presque sans interruption pendant quatre mois.

Elle ne se soignait plus depuis deux mois, lorsque, des plaques vulvaires étant réapparues, elle revint dans le service de M. Vidal, alors suppléé par M. Brocq le 18 décembre. On lui donna du sirop de quinquina biioduré. Elle sortit guérie le 15 janvier 1889. Le registre de l'hôpital mentionne également comme diagnostic : syphilis.

Elle continue à se traiter pendant deux mois et demi par le sirop biioduré; elle prit également un peu de sirop de Gibert. Rapidement reprise d'accidents, dès le 2 avril, elle est dans le service de M. Fournier. Le registre du service nous confirme ce qu'elle raconte : syphilides cutanées secondaires ; syphilides muqueuses de la vulve. Elle sort sur sa demande le 4 mai 1889 améliorée. Dehors elle continue le traitement (pilules de protoiodure) jusqu'à ce que les accidents soient passés.

Cette même année, très probablement, car elle ne se souvient pas exactement de l'époque, elle passa six semaines dans un service de Laennec dirigé par M. Brocq. Elle se plaignait alors de gros boutons secs, mais jaunâtres et croûteux qui siégeaient autour du nez, sur les sourcils et sur le front près des cheveux. A ce moment les cheveux tombèrent quelque peu. Applications locales de pommade au précipité jaune et sirop de Gibert à l'intérieur. Cette fois encore elle quitte l'hôpital mal guérie ; les croûtes ne disparurent que 5 mois environ après l'époque d'apparition de cette poussée. Il est vrai qu'elle ne fit à peu près exclusivement que le traitement externe.

Depuis ce moment, elle affirme n'avoir rien eu jusqu'au 22 mai de cette année, où nous la retrouvons à l'hôpital dans le service de M. Fournier pour des syphilides érythémateuses circinées qui dataient de 15 jours. Sortie le 11 juin améliorée, elle revient dans le service le 10 septembre. Elle présentait sur le tronc de petites taches jaunâtres analogues, dit-elle, à celles que nous signalons plus haut. M. Wickham, qui faisait alors le service, porta le diagnostic de : « syphilide pigmentaire du cou et séborrhée figurée du tronc (eczéma séborrhéique circiné) ». Il prescrivit un traitement interne, pilules de Dupuytren et iodure de potassium 2 grammes, qu'elle ne put prendre ayant été atteinte de diarrhée, et un traitement local par le soufre, le savon noir, le glycérolé tartrique et les bains alcalins. Sortie très améliorée, elle vit bientôt les taches se marquer davantage, devenir plus foncées, puis s'agrandir peu à peu, de sorte qu'elle rentra dans l'état que nous constatons aujourd'hui.

Ainsi le diagnostic de syphilide érythémateuse circinée semble s'imposer. Mais, et c'est pourquoi cette observation nous a semblé utile

à relater, c'est moins aux caractères objectifs de la lésion qui se présentent ici sous leur forme typique avec la desquamation fine et sèche et le plissement des bords qui sont les deux meilleurs signes différentiels de cet érythème, qu'à l'histoire elle-même de la malade que nous empruntons les éléments décisifs du diagnostic.

M. Fournier. — J'appelle particulièrement l'attention sur ces formes superficielles de lésions syphilitiques, peu connues encore il y a quelques années ; j'en ai observé un certain nombre d'exemples, et un de mes élèves, M. Brauman, leur a consacré sa thèse inaugurale.

M. Vidal. — J'ai présenté un malade atteint de lésions analogues aux Réunions cliniques hebdomadaires de l'hôpital Saint-Louis.

Dernièrement j'en ai observé un nouvel exemple. Ces plaques d'apparence érythémateuse sont les formes atténuées de syphilides tertiaires ; en pareil cas, c'est au traitement mercuriel qu'il faut s'adresser, car c'est lui qui a le plus d'efficacité ; il est bon d'adjoindre au traitement interne des applications locales et en particulier la pommade au précipité jaune.

M. Quinquaud. — Ces lésions ne sont pas très rares, elles sont tenaces et je les ai vues persister plus de 6 mois ; l'occlusion avec l'emplâtre au calomel m'a donné de bons résultats.

Stigmates de la syphilis héréditaire chez un enfant de 7 ans,

Par M. Henri Feulard.

Les stigmates qu'imprime à l'économie la syphilis héréditaire et qui permettent à un âge déjà avancé de porter un diagnostic rétrospectif souvent de première importance pour l'indication thérapeutique sont choses bien connues ; les altérations de l'œil, de l'organe auditif et les malformations dentaires (triade d'Hutchinson) sont ceux que l'on rencontre le plus fréquemment ; les stigmates de la peau sont généralement plus difficiles à retrouver, et la valeur même de quelques-uns d'entre eux (cicatrices lombo-fessières de Parrot) a été contestée dans certains cas. Aussi croyons-nous intéressant de vous présenter cet enfant chez lequel les stigmates des deux ordres se trouvent réunis, et ceux du système tégumentaire avec une netteté remarquable.

Ce jeune garçon, âgé de 7 ans, Hippolyte G..., nous a été amené à la policlinique des maladies cutanées du service de M. le professeur Grancher, pour un herpès de la face, occupant le pourtour des lèvres, une partie de la joue gauche et de la paupière du même côté, affection banale sans aucune importance. Mais en exa-

minant le visage de cet enfant nous étions frappé par l'aspect des lèvres et du menton. En effet, des lèvres et surtout des commissures rayonnent une série de cicatrices linéaires, blanchâtres et déprimées qui donnent à la peau de cette région une apparence ridée. Il est facile d'y reconnaître à première vue l'aspect décrit et figuré par Parrot comme type des cicatrices d'origine syphilitique et dont une pièce de sa collection (musée de l'hôpital Saint-Louis, collection Parrot, n° 35) figure un très bel échantillon.

Immédiatement nous faisons déshabiller l'enfant et nous trouvions, comme nous nous y attendions bien, la contre-partie de ces cicatrices péribuccales, à savoir sur les deux fesses et disposées symétriquement une série de cicatrices blanchâtres, gaufrées, groupées en bouquets par places et formant de chaque côté du sillon interfessier une sorte de ruban long d'une douzaine de centimètres sur deux ou trois de large.

Elles sont parfaitement nettes, plus développées même qu'on ne les rencontre habituellement et ne laissent aucun doute sur leur véritable origine. En poursuivant l'examen de l'enfant on complète facilement l'ensemble symptomatique. La taille est exiguë et, comparée à celle de plusieurs autres enfants du même âge, est dépassée par eux de la moitié de la tête environ ; le corps est bien proportionné, il n'y a pas de lésions osseuses aux jambes, mais le thorax bombe assez fortement en avant, le frontal est fortement proéminent ; l'intelligence, au dire des personnes qui conduisent l'enfant, est peu éveillée. L'audition est seulement un peu diminuée ; il y a une taie sur l'œil gauche ; les dents sont altérées : les incisives médianes supérieures manquent complètement ; les incisives latérales supérieures sont cassées, les petites molaires cariées ; les molaires inférieures sont cariées, les incisives sont découpées en dents de scie. Les organes génitaux sont normaux, la verge très développée : l'enfant a des habitudes d'onanisme.

L'enfant est orphelin de père et de mère ; tout ce que nous recueillons comme renseignements est ceci : Sa mère a été mariée deux fois ; de son premier mariage elle a eu trois enfants actuellement vivants et bien portants ; de son second mari elle a eu notre sujet. Le père de l'enfant est mort à Bicêtre, où on l'avait diagnostiqué : *aliéné syphilitique.*

Nous n'avions pas besoin de ce dernier renseignement pour formuler notre diagnostic rétrospectif ; c'est une preuve de plus ; mais l'ensemble des stigmates présentés par le petit malade était tel qu'on pouvait formuler sans aucun commémoratif le diagnostic de syphilis héréditaire : l'état seul de la peau, ce qui est assez rare, eût permis de le faire sans fausse présomption.

Trois cas de syphilis acquise (début par des chancres céphaliques) chez des enfants de 2, 3 et 4 ans,

Par M. Henri Feulard.

Je demande encore la permission de présenter à la Société un second enfant atteint de syphilis. Cette fois il s'agit d'un cas de syphilis acquise.

Voici le sujet : un bébé de 2 ans, Marius M..., qui m'était amené le 19 octobre dernier à la policlinique spéciale instituée dans le service de M. le professeur Grancher. Cet enfant portait sur le corps de nombreuses syphilides à grands éléments affectant la forme de cocardes (point rouge central, zone périphérique large de 1/4 à 1/2 centimètre, rosée ; puis bord plus foncé cerclant la tache) ; il avait en même temps des syphilides muqueuses végétantes et ulcérées de l'anus et des régions fessières et périnéales, des syphilides labiales, palatines et amygdaliennes, de grosses adénopathies dans les aines, les ganglions rétro-sterno-mastoïdiens gonflés ; les ganglions épitrochléens eux-mêmes étaient augmentés. Ces accidents sont aujourd'hui très améliorés, car il est à sa troisième semaine de traitement, mais on peut facilement les retrouver encore ; il présente en outre actuellement de l'alopécie en clairières. En présence d'une explosion aussi intense d'accidents chez un enfant *déjà âgé de 2 ans*, à cause de grosses adénopathies multiples que je trouvais et aussi de la bonne conservation de l'état général, je conclus immédiatement à une syphilis acquise, et je me mis à la recherche de la porte d'entrée. Je la trouvai après quelques instants sous la forme d'une cicatrice gaufrée, large comme une pièce de 0,20 centimes environ, située au beau milieu de la joue gauche ; dans la région sous-maxillaire correspondante se retrouvait très facilement encore l'adénopathie caractéristique ; les renseignements obtenus, non sans peine, des parents confirmèrent cette façon de voir et m'apprirent que l'enfant avait eu il y a 4 mois un bouton à la joue, à l'endroit désigné, qui avait mis plus de trois semaines à guérir : les accidents avaient éclaté peu après.

Le coupable ou plutôt la coupable paraît être dans ce cas une voisine à qui l'enfant était confié en garde dans la journée ; mais je dois dire que je n'ai pu voir cette femme ; toutefois le père et la mère de l'enfant étaient indemnes.

D'ailleurs, ces faits de syphilis infantile acquise ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le croirait tout d'abord : ils méritent en tout cas d'attirer l'attention des praticiens pour leurs conséquences. Ce cas est en effet le troisième, en moins de quatre mois, que j'ai observé à la policlinique : ainsi sur 11 cas de syphilis infantile observés depuis décembre 1891 (sur un total de 280 enfants inscrits sur le registre de

la clinique), trois sont des cas de syphilis acquise, les autres sont des cas de syphilis héréditaire.

Voici en deux mots l'histoire de ces deux autres cas :

L'un concerne une petite fille de 3 ans et demi, Henriette M..., qui m'était présentée le 27 juillet 1892 ; elle était couverte d'une éruption confluente de syphilides papulo-squameuses à petits éléments (syphilide lichénoïde miliaire) avec syphilides palmaires et plantaires, syphilides vulvaires, palatines et amygdaliennes ; double adénopathie inguinale peu développée. Mais on trouvait, à l'angle de la mâchoire à gauche, un ganglion roulant sous le doigt, gros comme une noisette, et, en tendant la muqueuse de la lèvre inférieure, on faisait apparaître une petite cicatrice blanchâtre qui avait succédé à un bouton ayant duré, au dire de la mère, au moins trois semaines.

L'origine de cette syphilis paraît devoir être rapportée à la propre mère de l'enfant, que nous trouvions atteinte d'une syphilis remontant à 5 ou 6 mois (éruptions, angine, iritis) se traduisant encore actuellement par quelques syphilides papuleuses. Le mari de cette femme est mort accidentellement (écrasé par une voiture) il y a 6 mois, et il nous a été impossible d'avoir une certitude sur la façon dont elle est devenue syphilitique ; il n'y a aucun doute en tout cas sur la transmission de la syphilis de la mère à son enfant, avec début chez la fille par un chancre de la lèvre inférieure.

L'autre cas est celui d'un garçon de 4 ans et demi, Albert L..., vu le 20 juillet 1892 à la même clinique ; ce petit garçon est atteint de plaques muqueuses des lèvres (plaques commissurales), des amygdales, de la langue (plaques lisses), de plaques hypertrophiques périanales.

Il y a 8 mois il était, paraît-il, couvert de boutons ; et il y a trois mois il a été atteint d'alopécie, prise pour une pelade. (J'insiste en passant sur ces deux cas d'alopécies en clairières pseudo-peladiques du cas n° 1 et de celui-ci.) Sur la joue gauche (1), à un centimètre environ en dehors de la paupière inférieure, cicatrice pigmentée, grande comme une pièce de 0,20 centimes, reliquat d'un bouton persistant, antérieur à tous les accidents. Le père et la mère sont sains ; l'origine paraît pouvoir être rapportée à un oncle maternel de l'enfant, actuellement atteint, au vu et au su des parents, d'accidents syphilitiques.

Ces cas, je le répète, méritent d'être connus des praticiens pour montrer le danger et la fréquence relative des contagions syphilitiques familiales ou de voisinage chez les jeunes enfants si souvent embrassés. Il est certain que souvent ces syphilis acquises de la première enfance sont prises dans la suite, si des accidents apparaissent et si les renseignements font défaut, pour des syphilis héréditaires tardi-

(1) Le chancre de la joue est à gauche comme dans le premier cas ; les enfants sont bien plus souvent embrassés sur la joue gauche que sur la joue droite.

ves ; elles viennent grossir en tout cas le nombre déjà si grand de ces cas de *syphilis insontium* qui méritent toute l'attention des hygiénistes et doivent servir la cause de ceux qui réclament une prophylaxie sérieuse de la syphilis.

Sur trois cas de pemphigus foliacé étudiés dans leurs rapports avec la dermatite herpétiforme,

Par MM. H. HALLOPEAU et H. FOURNIER.

Nous avons observé dans ces derniers temps trois cas de pemphigus foliacé ; leur étude, rapprochée de faits analogues publiés antérieurement, nous paraît digne d'intérêt, particulièrement au point de vue des rapports que présente cette dermatose avec la dermatite herpétiforme de Duhring, dont elle n'a pas été distinguée jusqu'ici avec une netteté suffisante. En effet, M. Brocq, qui a plus particulièrement étudié cette question, donne, comme signes devant servir à différencier cette dernière affection, le polymorphisme, les périodes d'accalmie et les dysesthésies ; or nous verrons que ces caractères se sont manifestés chez nos trois malades.

OBSERVATION I. — Juliette H..., âgée de 18 ans, sous-directrice d'école, entre le 3 novembre 1890, salle Lugol, lit n° 25.

La malade n'a pas d'antécédents morbides.

Le 31 mars, un enfant se casse la jambe dans son école ; ce fait produi chez la malade une vive sensation ; elle transporte l'enfant à l'hôpital en voiture et ressent après un malaise général.

Vers cette époque, apparaît derrière la nuque une plaque éruptive ; la semaine suivante, des bulles surviennent sur la poitrine et dans le dos ; deux plaques existent, l'une sous le sein gauche, l'autre sur l'omoplate droite. Elles sont formées d'éléments renfermant un liquide citrin et transparent. Les plaques, grandes comme la paume de la main, occasionnent une sensation de cuisson.

Le 29 juin, les plaques s'agrandissent toujours par la formation de nouveaux éléments ; la malade va consulter le Dr Brocq qui diagnostique : *dermatite herpétiforme*. L'éruption s'étend aux bras et aux jambes.

Le 9 juillet, tout le corps est envahi.

La malade prend le lit et y reste jusqu'au mois de septembre, époque où les poussées cessent.

Le 15 septembre, H... éprouve une nouvelle contrariété ; l'éruption se généralise, change de caractère et devient exfoliatrice.

État actuel. — Depuis trois semaines, la malade a la fièvre, maigrit, et se plaint de douleurs dans les jointures. Les règles n'ont pas eu lieu depuis le mois de juillet.

L'éruption laisse peu d'intervalle, de peau saine ; elle est constituée

actuellement par une rougeur généralisée, avec de nombreux soulèvements bulleux à contenu puriforme, se desséchant en croûtes jaunâtres, partout abondantes et confluentes ; leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une pièce de cinquante centimes ; elles forment parfois des traînées allongées.

Le cuir chevelu est aussi envahi par des croûtes jaunâtres. Sur le devant de la poitrine, on remarque des exfoliations en larges lamelles épaisses qui ont plutôt le caractère de croûtelles ; le ventre est le siège d'une éruption bulleuse confluente ; les bulles sont disposées en traînées allongées, d'un demi-centimètre de diamètre ; elles sont sinueuses, parfois en forme d'S, et simulant, quand leur contenu se concrète, des éruptions syphilitiques.

Aux membres, il y a des intervalles de peau saine. Les croûtelles y sont peu épaisses, il y existe des traînées irrégulièrement circulaires.

Deux de nos collègues pensent, comme M. Brocq, qu'il s'agit d'une dermatite herpétiforme, l'un de nous se prononce en faveur d'un pemphigus foliacé.

Les ongles sont intacts.

4 novembre. Les gencives présentent des taches blanchâtres, provenant sans doute de bulles affaissées.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

La langue est sèche et rouge.

Le 13. Il se produit à ce moment des phénomènes d'excitation psychique. L'état s'aggrave ; de nouvelles poussées éruptives se produisent.

Le 15. La malade quitte l'hôpital. La malade réside alors pendant plusieurs mois dans sa famille ; son état s'améliore sensiblement ; les poussées bulleuses cessent entièrement de se produire ; la dermatose n'est plus caractérisée que par une rougeur générale du tégument, une desquamation incessante en larges lambeaux et du prurit.

Au bout de 6 mois seulement, de nouvelles exfoliations bulleuses se produisent et la malade entre de nouveau au numéro 28 de la salle Lugol.

A ce moment, le *visage* présente une coloration uniforme d'un rouge vif disparaissant sous le doigt. Il est recouvert en beaucoup de points de bulles à contenu louche, peu saillantes, confluentes sur les joues, le nez et le front. Leur dimension varie d'un grain de millet à celle d'une grosse lentille. Sur le front elles sont disposées en séries linéaires concentriques qui dessinent des cercles autour des orbites.

Le *cuir chevelu* présente une rougeur uniforme légèrement suintante avec de minces croûtelles qui tombent rapidement.

Au *cou*, on note la même rougeur avec saillies papuleuses et minces croûtelles se détachant incessamment.

A la *partie antérieure du tronc*, est la rougeur, uniforme ; il se fait une desquamation en larges lambeaux laissant à nu une surface suintante; il n'y a d'intervalles de peau saine qu'au niveau des flancs.

Dans le *dos*, la rougeur est uniforme avec squames adhérentes simulant des papules. Quand on les enlève, on trouve la peau excoriée.

Aux membres la rougeur uniforme s'accompagne d'excoriations; avec

suintement et production incessante de larges croûtelles tombant comme des squames.

Les adénopathies sont très peu prononcées.

La dernière articulation phalangienne du médius est ankylosée.

Les ongles ne tombent pas ; des squames sont accumulées sur leur rebord.

Les *gencives* supérieures sont recouvertes de concrétions blanchâtres qui s'enlèvent facilement ; au-dessous la muqueuse est rouge et excoriée.

La malade souffre depuis longtemps d'insomnies rebelles.

Nous prescrivons des applications de vaseline boriquée au 100e avec un centième d'huile de bouleau contre le prurit.

16 décembre 1891. Il n'y a plus de bulles sur le tronc ; la face est rouge et recouverte de minces et larges croûtelles ; la peau est hérissée au niveau de la houpe du menton de petites saillies végétantes ; la cornée droite s'est ulcérée et il s'y est formé un staphylôme ; aux membres, comme au tronc, la peau est rouge et recouverte de minces et larges croûtelles : au-dessous d'elles, le derme est rouge et suintant, le prurit continue à être intense et des plus pénibles ; il se produit le soir un léger mouvement fébrile ; l'amaigrissement est devenu extrême.

Le 27 février 1892, la température monte le soir à 39°,5, le pouls à 124 ; toute la peau de la tête est rouge et recouverte de squames ; lorsqu'on les enlève, on trouve les excoriations superficielles ; il en est de même sur toute la surface tégumentaire ; on note, comme faits nouveaux, l'apparition, dans les paumes des mains, de saillies végétantes semblables à celles du menton, et l'attitude vicieuse de plusieurs des doigts de la main droite ; les deux articulations phalangiennes du médius et la première de l'index sont immobilisées ; les deuxièmes phalanges sont en extension sur les premières, les troisièmes sur les secondes. L'amaigrissement est squelettique. La malade succombe à la fin de mars, sans avoir présenté de nouveaux phénomènes ; on a noté cependant que les téguments prenaient un aspect végétant à la partie postérieure des cuisses, et un état mamelonné de la langue.

Il n'est pas douteux que, chez cette malade, la dermatose a présenté, au début, tout au moins beaucoup de ressemblance avec une dermatite herpétiforme ; le diagnostic porté alors par M. Brocq et deux autres de nos collègues, en fait foi ; il n'est pas douteux non plus qu'ultérieurement le tableau clinique n'ait été pendant plus de 18 mois celui du pemphigus foliacé

Chez le malade que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui, il existe également des éruptions qui caractérisent un pemphigus foliacé, en même temps que des bulles que l'on pourrait rapporter à une dermatite herpétiforme ; son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

Observation II. — Le nommé M..., âgé de 19 ans, ajusteur, a vu son éruption débuter dans les derniers jours de mars ; l'un de nous qui l'a observé pour la première fois le 2 avril et a pu l'examiner à intervalles rapprochés jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, n'a constaté, comme

circonstances pouvant avoir de l'intérêt au point de vue étiologique, qu'un logement défectueux : le jeune homme couchait sous une soupente, dans un coin obscur ; il était d'ailleurs d'aspect débile. Sa dermatose ne paraît pas avoir eu, dans les premiers temps, le caractère franchement bulleux qu'elle présente aujourd'hui : lors du premier examen dont elle a été l'objet, elle était constituée par de nombreuses croûtes et croûtelles, assez épaisses et se détachant facilement ; au-dessous, le derme présentait une coloration d'un rose vif ; çà et là, on voyait quelques points ecchymotiques; l'éruption était limitée à la région dorso-lombaire, à la poitrine et à la partie postéro-externe des membres ; il n'a été noté à ce moment, ni prurit ni démangeaisons ; il n'y avait pas de fièvre ; l'appétit était conservé. Le malade est traité par la pommade à l'oxyde de zinc, de grands bains et le sirop d'iodure de fer. Il se produit, le 23 avril, une amélioration qui est encore plus accentuée le 9 mai ; il n'en est plus de même le 16 mai ; l'éruption a augmenté ; la rougeur du derme est devenue plus vive ; les squasmes sont plus abondantes ; la face est envahie. Les parties malades sont alors recouvertes de caoutchouc ; à l'intérieur, l'arséniate de soude est prescrit ; le malade doit garder le lit.

Le 24 mai, il semble de nouveau s'être produit de l'amélioration ; le caoutchouc a fait tomber les squasmes ; le derme, moins rouge, est luisant ; pour la première fois, on constate un léger *suintement* ; le caoutchouc est supprimé et remplacé par des applications de poudre d'amidon.

Le 4 juin, l'éruption est redevenue squameuse : elle s'est encore étendue ; elle occupe le cuir chevelu ; elle s'accompagne de prurit ; la santé générale est troublée ; il y a un léger mouvement fébrile et un peu de diarrhée ; le traitement consiste alors en des bains d'amidon, l'emmaillottement des avant-bras dans de l'ouate, l'application sur les autres parties malades de liniment oléo-calcaire ; à l'intérieur, l'arséniate de soude est remplacé par des gouttes amères de Baumé et une potion à l'extrait de quinquina.

Le 11 juin, la desquamation est encore plus considérable ; l'épiderme s'exfolie en larges lamelles très abondantes, sèches et blanches, si ce n'est à la face où leur couleur est jaunâtre, elles y sont un peu imbriquées ; leur forme est généralement arrondie, elles mesurent en moyenne de 1 à 2 centimètres carrés ; le derme sous-jacent est très rouge et suintant ; au cuir chevelu, la desquamation a l'aspect pityriasique ; le liniment oléo-calcaire est alors additionné de menthol.

Le 18, les extrémités sont intéressées ; à la face, l'éruption a gagné les paupières ; il en résulte, du côté droit surtout, un léger ectropion de la paupière inférieure ; le prurit a augmenté, le suintement est plus abondant, il est devenu horriblement fétide ; on continue les applications de liniment oléo-calcaire auquel on ajoute un centième d'acide phénique au lieu de menthol qui donnait au malade une sensation désagréable de réfrigération.

Le 25, la situation est la même ; les bains sont supprimés : on applique localement un mélange de poudre d'amidon et de salol.

Le 1er juillet, le malade s'est amaigri ; ses extrémités inférieures sont le siège d'un œdème notable ; il n'y a aucun signe de maladie du cœur ; on prescrit, à l'intérieur, l'usage de granules de Dioscoride.

Jusqu'au 12 août, moment où le malade est reçu par M. Jeanselme, au numéro 31 *bis* du pavillon Bazin, la situation reste à peu près la même : la rougeur et le suintement fétide persistent, il en est de même de la desquamation ; elle se fait, aux mains, en doigts de gant, aux pieds en larges plaques ; cependant l'état de ces parties présente de l'amélioration, la peau y redevient saine, par îlots.

Le 15 août, M. Jeanselme constate, sur les parties du tégument où l'éruption n'est pas confluente, l'existence de placards dont la périphérie est limitée par un soulèvement bulleux, qui représente la zone d'extension de la plaque éruptive.

Le 4 octobre, l'état du malade est le suivant : à la face, les téguments sont le siège d'une rougeur presque généralisée ; ils sont recouverts de larges squames ; les oreilles et le cuir chevelu présentent les mêmes altérations.

Le tronc, dans toute son étendue, sauf au niveau de l'abdomen où il reste quelques intervalles de peau saine, est également le siège d'une rougeur généralisée que masquent, en beaucoup de points, de vastes exfoliations épidermiques ou de minces croûtelles ; dans les points où ces squames sont tombées, on voit des surfaces d'un rouge vif et suintantes : leurs contours sont sinueux et irrégulièrement polycyclique ; elles sont souvent circonscrites par un soulèvement bulleux de l'épiderme.

Au membre supérieur gauche, l'éruption est moins généralisée qu'au tronc ; les intervalles de peau saine y sont nombreux ; il est souvent difficile de déterminer si les lambeaux exfoliés sont constitués par des squames ou par de minces croûtelles : en divers points, ils sont imbriqués ; ici encore on voit des surfaces dépouillées de leur épiderme, rouges et suintantes ; elles présentent souvent, à leur périphérie, un soulèvement bulleux de l'épiderme. Un de ces soulèvements occupe tout le bord gauche de la main. Les ongles sont peu altérés ; ils ont seulement perdu leur poli et sont striés transversalement.

Le membre supérieur droit présente des altérations très analogues ; la plupart des plaques éruptives y sont desquamées : l'épiderme ne se trouve qu'à leur périphérie, sous forme de soulèvement. A la partie interne de la première phalange du pouce, on voit une bulle qui mesure un centimètre verticalement sur un demi-centimètre transversalement ; elle est entourée d'une aréole érythémateuse. Le malade croit que ces bulles ne se produisent que depuis son entrée à l'hôpital.

Les membres inférieurs présentent des altérations semblables, mais plus confluentes et plus étendues, les ganglions inguinaux sont tuméfiés des deux côtés, le prurit est modéré. La température axillaire s'élève, le soir, à 38°,4, le matin à 37°,5. Le traitement consiste en des applications de vaseline boriquée ; à l'intérieur, le malade prend un centigramme d'arséniate de soude en solution.

La fièvre persistant, on prescrit, le 12 octobre, 3 grammes de salicylate de soude, le 15, 0,75 centigrammes de sulfate de quinine, le 18 des cachets contenant 0,60 centigrammes de naphtol B et de salicylate de bismuth, au nombre de 3 dans les 24 heures.

Le 21, la fièvre est tombée. Il continue à se produire des poussées bulleuses ; le plus habituellement, ce sont des soulèvements irrégulièrement

circulaires autour de plaques anciennes ; on voit de plus, en différents points, des groupes de petites bulles disposées en cercles plus ou moins réguliers ; deux de ces cercles occupent la face antérieure de l'avant-bras gauche ; ils mesurent environ un centimètre de diamètre ; on voit également des bulles isolées ; en d'autres points, les cercles bulleux limitent des surfaces dont le diamètre atteint plusieurs centimètres.

C'est surtout aux membres que l'éruption est en activité ; aux cuisses et aux jambes ; les bulles sont tantôt groupées en cercles, tantôt confluentes, tantôt disposées en bourrelets sinueux qui circonscrivent de larges surfaces en partie desquamées, en partie recouvertes de minces croûtelles. A la face, c'est toujours la même rougeur uniforme et continue, les mêmes croûtelles ; au niveau des éminences malaires, les surfaces sont excoriées et suintantes, sans que l'on puisse actuellement y distinguer de bulles.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine ; elles contiennent par litre 11 gr. 52 d'urée, 1,52 de chlorures et 1,44 de phosphates ; la quantité émise en 24 heures serait d'un litre environ.

Depuis lors, l'état du malade ne s'est pas sensiblement modifié ; on voit incessamment se produire les mêmes éruptions bulleuses, tantôt en éléments isolés, tantôt en bourrelets à contours sinueux, tantôt en plaques irrégulièrement circulaires. Le malade continue le traitement interne par la solution d'arséniate de soude, externe par la vaseline boriquée ; les applications de liniment oléo-calcaire, de nouveau essayées, ont été mal supportées.

Le malade a beaucoup maigri.

Les caractères que présente, chez ce malade, l'éruption du tronc et du visage et sa longue durée nous paraissent établir qu'il s'agit d'un cas de pemphigus foliacé ; nous ferons remarquer comme particularités le caractère modéré des sensations prurigineuses, la disposition des soulèvements bulleux en bourrelets serpigineux, la longue durée de la réaction fébrile et les troubles qu'a subis la nutrition générale.

Observation III (résumée). — La nommée C..., âgée de 50 ans, est atteinte d'une éruption dont le début remonte au 1er février 1890 : elle a débuté sans cause appréciable par de petits boutons donnant lieu à un léger suintement ? Le siège initial a été la région dorsale ; en quelques jours, l'éruption s'est généralisée, respectant seulement les pieds et les mains, ces régions ont été envahies ultérieurement ; dès le début la malade a été en proie à de violentes sensations prurigineuses.

Actuellement toute la surface cutanée est d'un rouge intense et recouverte presque partout de larges squames ou croûtelles ; lorsqu'on les enlève, on trouve généralement la surface sous-jacente humide et suintante ; on voit en outre un petit nombre de soulèvements bulleux ; ils siègent plus particulièrement aux extrémités ; ils présentent sur les faces dorsales des pieds une disposition remarquable : du côté droit, ce sont quatre cercles concentriques incomplets, le plus étendu part du côté gauche de la face plantaire, au voisinage de l'articulation métatarso-phalangienne,

gagne le devant de la malléole correspondante, contourne en avant l'articulation tibio-tarsienne, passe au-devant de la malléole externe et vient s'éteindre sur le bord externe du pied; chacun de ces soulèvements circonscrit une zone excoriée et suintante; on voit en outre quelques bulles isolées à la face plantaire, d'autres sont disposées en cercle à la partie interne de la jambe gauche; la malade est sans fièvre, son appétit est conservé, néanmoins sa santé générale a beaucoup suffert, on en a pour témoignage l'amaigrissement considérable qu'elle présente.

Dans les trois faits que nous venons de rapporter, le pemphigus foliacé a été précédé ou accompagné de bulles persistantes; dans l'observation I, ces bulles ont existé seules pendant plus de 4 mois avant l'apparition des exfoliations; constamment elles se sont présentées, soit dès le début, soit ultérieurement, sous la forme de bourrelets irrégulièrement sinueux et serpigineux, souvent groupés les uns derrière les autres et pouvant simuler, lorsque leur liquide s'est concentré en croûtelles, des syphilides tertiaires.

Dans nos observations I et II, il s'est produit une période prononcée d'accalmie; elle a duré plusieurs mois chez notre première malade; un observateur non prévenu aurait porté alors le diagnostic d'herpétide exfoliatrice.

Dans les trois cas, la santé générale a subi une altération profonde qui se traduit par un amaigrissement considérable; notre première malade était squelettique au moment de sa mort.

Les caractères des dermatoses de nos trois malades ne sont pas sans offrir beaucoup d'analogie avec ceux de la dermatite herpétiforme de Duhring; comme elle, elles ont été polymorphes, elles ont eu une marche faite d'accalmies et de poussées successives, elles se sont accompagnées de sensations douloureuses. D'après M. Brocq, les deux maladies diffèrent surtout par la conservation d'un bon état général, mais cette proposition n'a qu'une valeur très relative puisque l'on connaît aujourd'hui nombre de cas de dermatite de Duhring qui se sont terminés par la mort; nous ne comptons pas parmi ceux-ci l'observation 29 du mémoire de M. Brocq, car, suivant nous, il s'est agi, selon toute vraisemblance, non d'une dermatite herpétiforme, mais bien d'un pemphigus foliacé : il est dit en effet, dans l'observation, que l'éruption tendait à former sur le tronc une sorte de carapace croûteuse ; en certains points, la desquamation semblait se faire, comme dans le pemphigus foliacé, sans qu'il y eût en réalité formation de bulles. La présence simultanée de bulles semblables à celles de la dermatite de Duhring ne nous paraît pas une raison suffisante pour faire rejeter le diagnostic de pemphigus foliacé ; nous avons vu que, dans notre observation III, cas typique de cette maladie, il se produit des éruptions bulleuses. Nous ferons remarquer que, dans ce fait de M. Brocq, les soulèvements bulleux éphémères se produisaient,

comme dans nos trois observations, en décrivant des circinations incomplètes, disposées parfois en trois ou quatre rangées parallèles, comparables, d'après M. Brocq, à des vagues se succédant dans une direction déterminée.

C'est là un caractère qui nous paraît appartenir surtout, sinon exclusivement, aux éruptions bulleuses du pemphigus foliacé et on ne saurait lui refuser une réelle importance au point de vue du diagnostic : quand il coïncide avec une érythrodermie généralisée suintante et exfoliante, avec des poussées incessantes accompagnées ou non de fièvre et des troubles graves de la nutrition générale, il n'y a guère plus de place au doute ; nos faits montrent que l'intensité des sensations douloureuses ou prurigineuses peut être invoquée plutôt en faveur du diagnostic pemphigus foliacé que contre lui.

Le pemphigus foliacé constitue ainsi un type morbide bien distinct des autres dermatoses bulleuses.

On peut le rattacher avec vraisemblance, comme la dermatite de Duhring, à une intoxication chronique par des poisons autochtones ; l'analogie qu'il présente avec certaines toxidermies médicamenteuses est en faveur de cette hypothèse.

Les conclusions de ce travail peuvent être résumées ainsi qu'il suit : 1° Le pemphigus foliacé peut offrir dans ses caractères cliniques une grande analogie avec la dermatite herpétiforme ; comme elle, il peut se traduire par des éruptions polymorphes, présenter des périodes prolongées d'accalmie et s'accompagner de sensations douloureuses très pénibles et persistantes ; 2° il s'en distingue par le caractère d'érythrodermie suintante et exfoliante que revêt l'éruption, par sa généralisation persistante, par la disposition en bourrelets concentriques serpigineux de ses soulèvements bulleux éphémères, et par les troubles graves qu'il entraîne dans la nutrition générale, troubles qui se terminent presque constamment par la mort.

Pelade traitée par les injections intradermiques de sublimé.

(Présentation de malade.)

Par M. BARTHÉLEMY.

J'ai l'honneur de présenter à la Société la malade que je lui ai montrée il y a un an (séance du 12 novembre 1891), atteinte d'une *pelade généralisée* du cuir chevelu et des sourcils. Aujourd'hui, ses cheveux sont épais, serrés, très colorés et très adhérents, la peau n'est plus atrophiée. Il subsiste quelques plaques encore dénudées ; ce ne sont pas des récidives, ce sont des points que j'avais conservés comme témoins et sur lesquels je n'avais

pas fait de traitement ; je n'ai commencé sur celles-ci qu'il y a deux semaines, les cheveux ayant repoussé ailleurs. Je n'ai fait que tout récemment le traitement sur les régions temporales. Là encore, la repousse est en retard, de même qu'aux sourcils, que je n'ai jamais traités. En résumé, la repousse a, dans ce cas tout au moins, exactement suivi l'application du traitement.

Quel a donc été ce traitement ? Il a consisté presque exclusivement en injections intra-dermiques de sublimé, répétées toutes les semaines ou tous les quinze jours ; 2 ou 3 ont dû être faites dans les mêmes points. Ce laps de temps n'est pas très long, étant donné que la pelade était totale et datait déjà de 7 mois quand le traitement a été commencé. Les 3 jours suivant les piqûres, application de vaseline boriquée et savonnage au savon de goudron, suivi d'alcoolat de lavande une fois par semaine. Pour qui a l'habitude de la marche de ces pelades si étendues, ce résultat me semble intéressant et doit, à mon avis, prouver que l'on peut trouver dans cette méthode thérapeutique, qui est, comme je l'ai déjà dit, un traitement d'exception, une ressource puissante quand les autres procédés ont échoué. On peut d'ailleurs l'appliquer à d'autres alopécies où je n'ai eu qu'à m'en louer.

Le secrétaire,

GEORGES THIBIERGE.

2e CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Compte rendu résumé des séances (suite).

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE (MATIN)

Principes du traitement de la blennorrhagie.

M. Neisser. — I. — L'extension et l'importance des affections blennorrhagiques chez l'homme et surtout chez la femme sont si grandes qu'il faut s'efforcer de mettre entre les mains de tous les médecins — et non des spécialistes seulement — un traitement rationnel, et introduire dans les instructions de la police sanitaire des mesures de prophylaxie rationnelle qui ne soient pas dirigées uniquement contre la syphilis.

II. — La base de toutes les mesures prophylactiques et thérapeutiques est le fait reconnu que les gonocoques sont la cause de l'infection blennorrhagique et la possibilité d'établir la présence et le siège de la maladie dans chacune de ses phases.

Ce diagnostic est impossible dans beaucoup des cas aigus, dans tous les cas subaigus et chroniques sans l'examen microscopique des sécrétions de la muqueuse au point de vue de la présence de gonocoques. L'examen macroscopique seul, notamment chez la femme, n'a absolument aucune valeur.

L'examen microscopique suffira dans la plupart des cas; répété assez souvent, il permet presque toujours un diagnostic certain. Le procédé de culture sera réservé pour des cas rares.

III. — Le danger de la blennorrhagie consiste en ceci :

1° Que le virus gonorrhéique et les processus pathologiques provoqués par lui ne restent pas localisés sur les parties de la muqueuse primitivement infectées, mais que :

a. Chez l'homme l'urèthre postérieur, difficilement accessible au traitement, et de là le cordon spermatique et l'épididyme (danger d'azoospermie) peuvent être atteints et qu'il peut survenir des complications du côté de la prostate, de la vessie, etc.;

b. Chez la femme, l'utérus, les trompes, les ovaires et les feuillets enveloppants du péritoine peuvent participer à l'affection.

2° Que le virus gonorrhéique dans les phases ultérieures envahit les couches profondes de l'épithélium.

De cette extension dans les deux sens, en surface et en profondeur, il résulte que le virus peut se maintenir pendant des mois et des années en des points difficilement ou pas du tout accessibles, c'est-à-dire qu'il peut se former une source chronique d'infection.

Par conséquent, c'est seulement dans les premières phases que le virus se trouve en des points assez accessibles (chez l'homme, l'urèthre antérieur; chez la femme, l'urèthre et le col, et dans des couches épithéliales assez superficielles pour que le traitement soit facile et puisse être fait

chez l'homme par le malade lui-même (justement à cause de l'extension considérable de la maladie).

Le traitement de la blennorrhagie doit donc avoir en vue d'empêcher une uréthrite antérieure de se transformer en uréthrite postérieure, une gonorrhée aiguë en une gonorrhée chronique. Il doit par suite être institué aussitôt que possible après l'infection, mais seulement dans les conditions suivantes :

IV. — Il ne faut employer que des médicaments ayant les propriétés suivantes :

a. Tuer les gonocoques ;

b. Augmenter aussi peu que possible l'inflammation ;

c. Ne pas léser la muqueuse elle-même.

Nitrate d'argent 1 : 4000 — 1 : 2000.

Sulfo-ichtyolate d'ammoniaque 1 : 100.

Pastilles faibles de Rotter (exemptes d'acide phénique et de sublimé), 1 pastille pour 250 eau.

Sublimé 1 : 30000 — 1 : 20000.

Les remèdes non appropriés sont :

Les médicaments uniquement astringents (faisant courir les dangers du transport des gonocoques par l'injection).

Les remèdes suivants sont dangereux (dans la phase initiale) :

Les solutions caustiques très concentrées (danger de la formation de rétrécissements) ; puis la plupart des procédés mécaniques de traitement tels que l'endoscopie, l'introduction de bougies, etc.

V. — La meilleure méthode de traitement (précoce, antibactérien) est l'irrigation fréquente de l'urèthre, pour atteindre autant que possible toutes les parties de la muqueuse uréthrale qui est fortement plissée.

Chez l'homme, pour des raisons pratiques — à cause de l'extension considérable de la maladie — l'irrigation doit être remplacée par des injections faites avec soin à l'aide d'une grosse seringue bien construite.

Chez la femme, outre les irrigations et les injections, on aura recours à des procédés mécaniques (essuyage de l'urèthre et du col).

Je regarde le traitement interne comme inutile.

Tous les moyens hygiéniques et diététiques ainsi que la médication antiphlogistique locale sont utiles et doivent autant que possible être employés.

VI. — Dans tous les cas subaigus, il faut toujours examiner à nouveau s'il existe déjà une uréthrite postérieure et s'il y a des gonocoques dans l'exsudat.

Ce n'est que dans ce dernier cas que l'on appliquera aussi le traitement local à cette uréthrite postérieure précoce.

VII. — La durée du traitement ne doit pas dépendre du résultat momentané souvent très rapide ; il faut en général le continuer très longtemps, mais sous une forme très atténuée.

Le point important n'est pas la rapidité, mais la certitude,

VIII. — Le traitement de ce qu'on appelle la « gonorrhée chronique » chez l'homme et chez la femme exige au préalable que l'on sache s'il s'agit encore vraiment ou non d'une infection gonorrhéique, c'est-à-dire virulente.

IX. — S'il y a encore (chez l'homme) du virus gonorrhéique dans l'exsudat de l'urèthre postérieur, on s'efforcera de le détruire, surtout à l'aide des irrigations ou par les instillations de Guyon.

Si l'uréthrite chronique n'a pas le caractère gonorrhéique, le traitement dépendra éventuellement des conditions anatomo-pathologiques de la muqueuse et du tissu sous-muqueux.

Dans la plupart des cas il s'agit de processus si insignifiants que je recommande tout au plus des irrigations ou instillations, mais je déconseille habituellement tout traitement ultérieur.

Les altérations plus profondes de la muqueuse doivent être localisées d'une manière précise (sondes, endoscopie) et exigent un traitement énergique (dilatation, massage, cautérisations, etc.).

X. — Le traitement de la gonorrhée de la femme est beaucoup plus difficile que celui de la gonorrhée de l'homme.

Sans l'examen microscopique continuel de l'exsudat, il est impossible de se rendre compte du résultat thérapeutique.

Le traitement de la gonorrhée récente de l'urèthre et du col doit être fait aussitôt que possible et d'autant plus énergiquement que l'infection de l'utérus, des trompes, des ovaires, du péritoine qui se produit sans cela, exige un traitement extrêmement pénible et dont le succès est très problématique. Des opérations sérieuses sont bien souvent la seule ressource.

XI. — La fréquence de la gonorrhée rectale et son traitement méritent plus d'attention qu'on ne leur en a prêté jusqu'ici, car l'infection rectale gonorrhéique paraît être le point de départ d'un grand nombre d'ulcères chroniques du rectum.

Discussion :

M. Ehrmann (de Vienne) cite des expériences qui prouvent que certaines complications de la blennorrhagie ne sont pas produites par le gonocoque, mais par une infection mixte.

Il transporta du pus d'un abcès péri-uréthral non ouvert, pris à l'aide d'une seringue stérilisée, dans un cul-de-sac de 2 cent. de long, situé à l'extrémité du gland chez un sujet atteint d'hypospadias ; l'ouverture du cul-de-sac fut fermée avec du taffetas anglais. Dans une autre expérience, Ehrmann porta du pus à l'entrée de l'urèthre. Dans la première il n'y eut aucune manifestation ; dans la seconde expérience il y eut une petite suppuration folliculaire qui guérit au bout de 3 à 4 jours.

S'appuyant sur les bons effets de l'ichtyol dans les suppurations folliculaires, qui agissent soit en tuant les coccus pyogènes, soit en les rendant inoffensifs, il l'essaya dans certaines complications de la blennorrhagie. Il fut surtout amené à faire ces tentatives à la suite des succès qu'il avait obtenus en faisant pénétrer dans un cas de sycosis une solution de 20 0/0 d'ichtyol par l'électrolyse jusque dans l'appareil folliculaire. Tandis que les résultats avec la pyoctanine n'avaient été que passagers, ils furent durables avec l'ichtyol.

L'ichtyol fut donc employé dans des infiltrations péri-uréthrales non suppurées, sous forme d'une pommade au 1/20 appliquée soit en frictions

simples, soit après scarification de la région. On fit aussi des injections parenchymateuses (quelques gouttes d'une solution à 5 à 10 0/0). Dans les prostatites Ehrmann employa des suppositioires, puis des irrigations profondes d'une solution à 10 0/0 dans le rectum; dans la plupart des cas il vit la tuméfaction de la prostate disparaître rapidement. Dans les suppurations des conduits para-uréthraux on employa une solution à 10 0/0 de sulfo-ichtyolate d'ammoniaque injectée avec une seringue de Zannel et dans deux cas on put tarir des suppurations qui dataient de plusieurs années.

M. Lang (de Vienne) se rallie aux opinions de M. Neisser, sauf en ce qui concerne les médicaments topiques que ce dernier regarde comme inutiles. Dans les cas subaigus et chroniques, même dans quelques cas aigus il a eu de bons résultats en employant des tubes de caoutchouc enduits d'une substance gélatineuse et médicamenteuse.

M. Lang présente en outre un manuscrit de M. Welander (de Stockholm) qui préconise le traitement abortif de la blennorrhagie. Ce traitement, qui n'a d'autre inconvénient que de produire pendant un ou deux jours un peu de cuisson au moment de la miction, peut faire avorter la blennorrhagie s'il est appliqué avant que les gonocoques aient traversé la couche épithéliale. Cette médication ne doit pas non plus être instituée lorsque l'écoulement de muqueux est devenu purulent. Welander introduit dans l'urèthre un petit tampon d'ouate pour le nettoyer, puis il injecte 1 gr. d'une solution à 1 ou 2 0/0 de nitrate d'argent. Lorsque cela est nécessaire, on répète l'opération le jour suivant.

M. Grünfeld (de Vienne) expose les résultats de ses examens endoscopiques dans l'uréthrite blennorrhagique aiguë. Jusqu'à présent ces recherches n'avaient été faites que sur la partie antérieure de l'urèthre jusqu'au bulbe. M. Grünfeld a étudié la partie rétro-bulbaire, surtout au point de vue des rapports de la lésion de cette partie avec la cystite du col. On sait que cette dernière a été considérée comme l'extension spontanée du processus pathologique sur la partie prostatique, ou encore comme la conséquence d'injections urèthrales mal faites.

Dans plusieurs cas Grünfeld n'a observé que de l'hyperhémie de la muqueuse ; rougeur accrue, manque de transparence, par ci par là vaisseaux plus apparents. La surface de l'urèthre était en général lisse, quelquefois plissée. Dans une série de cas plus aigus on vit une tuméfaction œdémateuse de la muqueuse ; celle-ci était tendue, d'une couleur rouge jaunâtre, non transparente. Dans une 3e série de cas on vit la muqueuse tuméfiée sous forme de bourrelets, d'un rouge foncé, çà et là exulcérée.

Il est vraisemblable que dans ces cas le processus blennorrhagique avait envahi la région du fascia propria du périnée et des parties profondes de l'urèthre.

L'hyperhémie et la tuméfaction œdémateuse de la partie profonde de l'urèthre ne doivent pas être considérées comme l'extension du processus pathologique de la partie antérieure, mais comme la conséquence du gonflement de la muqueuse amenant un rétrécissement inflammatoire aigu. Celui-ci produit des troubles de circulation qui s'étendent à la partie rétro-bulbeuse et déterminent un état hyperhémique..

Schuler a prouvé, par des expériences sur des chiens, que l'urine se trouble dès que la ligature de l'urèthre est pratiquée; l'urine redevient claire dès que l'obstacle est levé. L'inspection locale de la partie profonde de l'urèthre dans des cas de cystite du col, consécutive à une blennorrhagie aiguë, montre qu'il y a d'abord en première ligne un simple trouble de circulation passager, tandis que dans quelques cas rares, il semble y avoir extension directe du processus sur la muqueuse des parties membraneuses et prostatiques.

M. Finger (de Vienne) est partisan du gonococcus, mais il reconnaît que s'il est situé à la surface de la muqueuse au début, il pénètre dès l'apparition de la blennorrhagie dans le tissu sous-épithélial.

D'accord avec d'autres auteurs, il est d'avis qu'on ne doit choisir que les médicaments qui tuent les gonocoques, et encore on ne doit pas être très optimiste à ce sujet. Si le nitrate d'argent est le meilleur topique, il faut aussi qu'il pénètre jusqu'aux gonocoques.

L'action de celui-ci est purement chimique, et repose sur la nécrose de coagulation du protoplasma. Finger a fait des expériences pour savoir à quelle profondeur pénètre le nitrate d'argent; pour cela, il a déterminé chez le chien une uréthrite traumatique par le séjour d'un cathéter pendant 48 heures, puis il a injecté du nitrate d'argent. Avec la solution à 10 0/0, il y avait une cautérisation considérable; avec une solution à 0,50 0/0, les premières couches épithéliales étaient seules coagulées.

M. Van Hoorn (d'Amsterdam) a eu l'occasion de soigner des blennorrhagies peu de temps après l'infection à l'aide d'injections de solution de sublimé au 1/20000. Il a rarement réussi à supprimer tout à fait l'écoulement, cependant la suppuration a toujours rapidement diminué par ce moyen.

M. Janowsky (de Prague) se rallie entièrement aux opinions de Neisser; pour le paragraphe 9, il fait quelques restrictions, en reconnaissant toutefois que les instillations de Guyon constituent un traitement souverain dans les processus diffus, tandis que pour les lésions circonscrites, la médication doit être locale. Au point de vue de la blennorrhagie chez la femme, chacun peut observer qu'il se passe souvent plusieurs jours avant que l'on ait le moindre indice pour le diagnostic de cette affection, vu que chez la femme les gonocoques se localisent pendant longtemps dans les lacunes et peuvent ensuite produire de la réinfection.

M. Alfred Staub (de Posen). — Chez les femmes, la blennorrhagie rectale est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement; ce n'est qu'après un examen plus approfondi que les malades avouent de souffrir pendant la défécation et d'avoir des écoulements rectaux. Staub a observé cette complication dans des cas de blennorrhagie récente et à la suite d'endométrites et de périmétrites blennorrhagiques anciennes.

Il a vu une sécrétion purulente jaunâtre s'écouler par l'orifice anal celle-ci contenait beaucoup de gonocoques sans autres microbes. Dans des cas anciens il y avait des érosions et des rhagades douloureuses de la muqueuse rectale; dans un cas, une fistule s'était formée.

Pour le traitement Staub recommande des lavages à l'acétate d'alumine.

M. Lewin. — Il faut faire une différence entre l'action d'une solution concentrée et celle d'une solution étendue.

Une solution de nitrate d'argent à 0,50 0/0 coagule l'albumine et est employée à former de l'albuminate d'argent, tandis qu'avec les solutions étendues à 1/4000 recommandées par Neisser, la coagulation de l'albumine n'a pas lieu, mais on obtient une action endosmotique par laquelle la solution pénètre dans les couches profondes. Lewin ne rejette pas l'emploi des médicaments internes ; le baume de copahu agit par la résine qui s'en sépare et qui est connue comme un bon antiseptique.

M. Grünfeld. — On peut pour le diagnostic de l'uréthrite postérieure blennorrhagique retirer des flocons de mucus de cette région à l'aide d'un aspirateur ; on les soumettra ensuite à l'examen bactériologique. Les examens endoscopiques de Grünfeld dans les états aigus ne doivent pas être employés par les praticiens, mais réservés pour des recherches scientifiques.

M. Barlow (de Munich) n'admet pas l'interprétation de Grünfeld, qui veut que la cystite soit produite par des troubles circulatoires ; dans les rétrécissements où il y a émission de l'urine goutte à goutte, il y a toujours jusqu'au rétrécissement une colonne liquide par laquelle les bactéries se font chemin jusqu'à la vessie.

M. Wertheim (de Vienne) présente des cultures de gonocoque obtenues d'après la méthode qu'il a plusieurs fois décrite.

M. Neisser résume la discussion. Il reconnaît avec Ehrmann que les abcès périuréthraux peuvent être produits par d'autres bactéries que le gonocoque. Primitivement on pensait que le gonocoque ne pouvait vivre en dehors des couches épithéliales, tandis qu'aujourd'hui on le trouve dans le tissu cellulaire.

Neisser pense que Finger est dans l'erreur s'il admet une pénétration aussi rapide du gonocoque dans le tissu sous-épithélial.

Il avoue à Wertheim qu'il n'a jamais pu obtenir de cultures d'après sa méthode.

Neisser fait observer à Grünfeld que toute uréthrite postérieure aiguë n'est pas pour cela blennorrhagique. L'est-elle, il faut la traiter énergiquement ; si elle ne l'est pas, il faut laisser le malade en repos. Dans la blennorrhagie aiguë l'endoscope est un instrument dangereux entre les mains d'un praticien.

Avec le traitement de Welander on peut quelquefois avoir des succès ; il vaut mieux choisir une méthode moins dangereuse.

On a conseillé aussi de traiter la gonorrhée par le repos, mais ce n'est pas là un moyen pratique. Les irrigations avec des solutions très faibles de permanganate de potasse s'emploient facilement, mais ne doivent pas être généralisées.

Les médecins doivent user de toute leur influence pour que chez les prostituées on examine toujours les sécrétions à l'aide du microscope ; ce n'est qu'avec ce moyen qu'on pourra diminuer les dangers de la propagation de la blennorrhagie. A Breslau cette mesure est en vigueur.

Contribution à l'étude de la gonorrhée chez la femme.

M. Herzfeld (de Vienne). — La blennorrhagie chez la femme, à marche souvent latente, se propage de la muqueuse utérine aux trompes, aux

ovaires et entraîne souvent des manifestations péritonéales. Il y a une péritonite blennorrhagique, ainsi que l'ont prouvé les expériences sur les animaux et les inoculations. La blennorrhagie latente, ascendante chez la femme, a été trouvée dans 18 0/0 de cas. L'urèthre, les glandes de Bartholin sont pris; le plus souvent le col est en même temps atteint. Dans beaucoup de cas les manifestations dysménorrhéiques telles que la ménorrhagie avec des douleurs vives semblables à des coliques, et puis la stérilité doivent être rapportées à une infection antérieure.

Il se produit sur les trompes et les ovaires des modifications de forme que l'on peut apprécier par l'exploration bimanuelle, telles que la dilatation de toute la trompe, la dilatation partielle de celle-ci (salpingitis nodosa). Les trompes sont épaissies et plus longues par suite de l'hypertrophie des parois ; ces altérations aboutissent à des oblitérations de ces organes par des pseudo-membranes, à l'hydrosalpinx.

Dans quelques cas il se produit un pyosalpinx.

En général les lésions sont bilatérales. Si le péritoine est intéressé, il se produit des adhérences multiples avec leurs conséquences, douleurs pendant la défécation.

Au point de vue de la thérapeutique les irrigations avec des solutions de sublimé sont à recommander dans la gonorrhée de la partie antérieure de l'utérus ; quand les altérations sont plus profondes et la thérapeutique impuissante, les organes atteints doivent être enlevés, avec d'autant moins de regrets qu'ils ne peuvent plus remplir leur rôle physiologique.

Il y a lieu de prendre des mesures prophylactiques rigoureuses telles que l'a établi Neisser. Herzfeld termine en présentant des préparations anatomiques conservées dans l'alcool.

M. Pick (de Prague) a fourni à M. Herzfeld les matériaux de ses recherches. Il a revu les femmes opérées par M. Schauta, elles sont dans un état de santé excellent.

M. Schauta (de Vienne).—La gynécologie a fait des progrès remarquables depuis la découverte de Neisser, qui a établi d'une manière solide l'étiologie et le diagnostic de certaines affections de l'appareil génital chez la femme.

On observe parfois, deux mois à peine après l'infection blennorrhagique, des tumeurs ovariennes du volume du poing.

Ces affections peuvent causer la mort par péritonite aiguë ; l'orateur en a observé trois exemples. La nature gonorrhéique de ces tumeurs a été confirmée dans plusieurs cas par l'examen bactériologique des organes extirpés. L'opération donne dans ces cas de bons résultats ; sur 200 malades opérées dans ces conditions par M. Schauta, la mortalité n'a été que de 3 0/0.

SÉANCE DU SOIR

Lupus érythémateux.

Malcolm Morris, rapporteur. — En 1881, la question de la nature du lupus érythémateux fut posée par Kaposi au Congrès international de médecine de Londres. Entre les deux alternatives qui se présentaient, inflam-

mation ou néoplasme, la plupart des membres du Congrès et Kaposi lui-même inclinaient vers la première.

L'année suivante, la découverte par Koch du bacille de la tuberculose et sa suite la démonstration de la nature tuberculeuse du lupus vulgaire vinrent complètement renouveler la question. Quelques auteurs comme Besnier et Hutchinson attribuent également au lupus érythémateux une origine tuberculeuse, bien que le résultat des examens histologiques et bactériologiques contredise cette opinion. On a bien rapporté des cas de réaction après des injections de tuberculine, mais on ne peut considérer cela comme une preuve convaincante.

Le lupus érythémateux est une affection inflammatoire appartenant au groupe des érythèmes et dont la nature infectieuse n'est nullement démontrée. Sa cause prochaine est un trouble circulatoire local provoqué lui-même par une lésion nerveuse ou par un agent extérieur tel que la chaleur ou le froid. Les poussées inflammatoires aiguës peuvent être dues à une infection secondaire par un microbe tel que le streptocoque et l'érysipèle.

En ce qui concerne les variétés de forme du lupus érythémateux, Morris accepte la division de Kaposi en formes discoïde et agrégée ; il croit inutile de pousser la division aussi loin que le font Besnier et Doyon. Il n'a jamais vu la troisième variété de Kaposi dans laquelle la maladie se généralise et détermine la mort, et croit qu'il existe alors une infection secondaire aiguë.

Les cas où l'on a cru voir le lupus érythémateux se transformer en lupus vulgaire sont probablement des cas de lupus vulgaire érythématoïde de Leloir.

La nomenclature actuellement usitée a l'inconvénient de provoquer une grande confusion et Morris propose de renoncer complètement au nom de lupus érythémateux pour le remplacer par celui de : érythème atrophiant.

Discussion :

M. Veiel (de Canstatt) relate les observations que lui ont fournies 119 cas de lupus érythémateux. Il croit que cette maladie n'est pas de nature tuberculeuse ; l'évolution clinique et l'examen histologique le prouvent suffisamment. Jamais il n'a trouvé dans cette affection des cellules géantes, ni des bacilles de la tuberculose ; jamais il n'a pu produire une infection tuberculeuse chez des animaux.

Sur les 119 malades, quelques-uns seulement ont réagi sous l'influence de la tuberculine. Dans 1/3 des cas il y avait de la tuberculose concomitante.

La nature du lupus érythémateux est encore inconnue. Bien que la marche et l'extension périphérique de la maladie fassent admettre une origine parasitaire, ce parasite n'est pas encore connu. Aussi M. Veiel estime qu'il vaut mieux conserver le nom de lupus érythémateux jusqu'à ce que la nature de l'affection soit définie.

Quant au traitement, les médicaments internes tels que l'iodure, le mercure, l'arsenic, l'huile de morue, l'ichtyol n'ont jamais été suivis de guérison ; cependant ils améliorent l'état général. Tant que le lupus est à la période aiguë ou subaiguë, on ne doit pas le traiter par une médication énergique. Dans ces cas les poudres, les enveloppements frais, des pom-

mades émollientes sont indiqués. Dans la période chronique, il faut instituer un traitement local énergique (caustiques, thermocautère) ; pour des formes circonscrites M. Veiel préfère le pyrogallol.

M. Petrini (Bucarest) rapporte un cas de lupus érythémateux généralisé au cours duquel est brusquement survenue de la fièvre avec des hémoptysies et une éruption bulleuse qui ne tarda pas à se répandre sur toute la surface du corps et à devenir confluente, au point que sur de vastes surfaces l'épiderme était soulevé en nappe ; le malade mourut le 10e jour de l'éruption. Petrini croit qu'il s'agissait de grippe.

A l'examen microscopique il fut impossible de trouver des bacilles de la tuberculose ; dans le sang et le liquide des bulles il y avait le microcoque de la grippe de Pfeiffer et Canon ; presque tous les viscères étaient congestionnés. La moelle présentait de la pachyméningite dans la région cervicale. L'auteur croit que le lupus érythémateux est tout à fait distinct du lupus vulgaire et de la tuberculose.

M. Brocq (de Paris). — L'école française est très partagée sur la question de la nature du lupus érythémateux. M. Besnier soutient que c'est de la tuberculose, en se fondant sur des données cliniques, telles que l'existence d'antécédents héréditaires tuberculeux ou de traces de tuberculose locale chez les malades eux-mêmes. M. Vidal soutient l'opinion contraire. Les recherches microscopiques n'ont fourni que des résultats négatifs, mais les histologistes ont longtemps nié la nature tuberculeuse du lupus vulgaire.

On peut distinguer deux formes dans ce qui est généralement désigné du nom de lupus érythémateux. D'une part le lupus érythémateux fixe, à évolution lente, laissant des cicatrices profondes même à la suite de la régression spontanée, c'est l'herpès crétacé de Devergie, et dans une certaine mesure le lupus érythématoïde de Leloir. D'autre part, l'érythème centrifuge symétrique qui évolue très vite et laisse peu de cicatrice. Il est très possible que le lupus érythémateux fixe soit une lésion bacillaire et tuberculeuse, mais il est difficile de faire de l'érythème centrifuge symétrique une simple forme de tuberculose cutanée ; je serais disposé à le considérer comme un érythème se développant sous des influences diverses, peut-être, entre autres, des causes infectieuses comme des toxines. Ce qui complique la question, c'est qu'on voit le lupus érythémateux fixe succéder à l'érythème centrifuge.

M. Bœck croit que le lupus érythémateux a des rapports directs ou indirects avec la tuberculose.

M. Radcliffe Crocker (Londres) considère le lupus érythémateux comme une maladie d'origine inflammatoire atteignant des points où la circulation est affaiblie. Elle est tout à fait distincte de la tuberculose, bien que celle-ci puisse jouer le rôle de cause prédisposante ; il est certain qu'on trouve souvent chez les malades des antécédents tuberculeux, et qu'il peut y avoir des microbes qui ne sont pas sans influence, car le traitement par les antiseptiques est réellement efficace.

Un des traits les plus remarquables de cette maladie est son polymorphisme qui la fait ressembler aux affections les plus diverses, telles que la séborrhée, le psoriasis, l'érythème et le lichen plan.

M. Rosenthal (de Berlin) décrit un cas de lupus érythémateux chez une femme de 45 ans, qui présente cette affection depuis l'âge de 19 ans et se trouve sous son observation depuis 13 ans. La lésion s'est localisée exclusivement sur la face dorsale de la main gauche et sur les régions contiguës de l'index et du médius ; sur cette même face dorsale, il y avait deux plaques réunies entre elles qui s'étendaient vers l'avant-bras sous forme de bandes et qui étaient couvertes d'efflorescences caractéristiques. Les doigts étaient épaissis et il semblait qu'ils étaient criblés d'une infinité de coups d'épingle. Les ongles étaient ternes et montraient des épaississements sous forme de bandes.

La lésion n'a jamais pris d'extension, s'est montrée rebelle à toute espèce de traitement, jusqu'à ce que l'auteur se fût décidé à faire une opération. La biopsie ayant montré que le processus inflammatoire s'étendait jusque dans les couches profondes du derme, une bande de tégument fut incisée au niveau de la main et de l'avant-bras ; ce qu'on ne put enlever ainsi que la peau des doigts atteints furent grattés avec le curette et cautérisés avec le Paquelin. La plaie suturée guérit par première intention. Un récidive se fit rapidement aux doigts ; à l'aide de la cocaïne on fit une nouvelle opération. Aujourd'hui la guérison est complète et l'aspect de la main est satisfaisant.

Rosenthal n'admet pas la nature tuberculeuse du lupus érythémateux.

M. Kopp trouve qu'il y a un accroissement notable du nombre de lupus érythémateux ; quant à la question de la nature de cette affection, il ne se prononce pas.

M. Hallopeau admet la nature tuberculeuse du lupus érythémateux et ne croit pas que les résultats négatifs des recherches bactériologiques suffisent pour la faire rejeter. Toutes les tuberculoses de la peau se font remarquer par leur évolution lente et par le petit nombre de bacilles qu'on y trouve. Il est probable qu'en végétant dans le derme, le bacille tuberculeux subit une atténuation, laquelle peut varier suivant les diverses parties du derme qui sont atteintes. Dans le lupus érythémateux, comme dans le lichen scrofulosorum, cette atténuation atteint un degré très accusé, d'où la difficulté de mettre le bacille en évidence.

M. Schiff (de Vienne) distingue deux groupes de lupus érythémateux : 1) lupus erythematosus constans ; 2) lupus erythematosus fugax. La différence réside moins dans la symptomatologie et l'anatomie pathologique que dans la marche de l'affection. Le lupus érythémateux débute dans les glandes sébacées. Dans quelques cas, Schiff a vu le lupus érythémateux compliqué de tuberculose.

M. A. Jamieson. — Malgré tout ce qui en a été dit par M. Morris et autres, je ne suis pas convaincu qu'il n'y a pas quelque rapport entre la tuberculose et le lupus érythémateux. Il existe la plus grande analogie entre la lèpre et la tuberculose, le lupus vulgaire paraît répondre assez exactement à la lèpre tubéreuse, le lupus érythémateux semble être l'analogue de la lèpre anesthésique. Il serait intéressant de contrôler cette hypothèse par l'examen des nerfs dans le lupus érythémateux.

Il est généralement admis que le lupus érythémateux est une maladie des adultes, j'en ai cependant observé un cas très typique, symétrique, chez une fille de 7 ans.

Essais sur le refroidissement de la peau.

M. WINTERNITZ. — Malgré de nombreux travaux qui traitent des vernis appliqués sur les téguments de l'homme et des animaux, une entente ne s'est pas faite au sujet des phénomènes qui apparaissent à la suite de cette application. Des résultats contradictoires ont été opposés dans ces derniers temps aux résultats de quelques auteurs qui avaient admis une soustraction répétée de chaleur. Winternitz considère la théorie du refroidissement comme la seule et véritable explication.

De l'ulcus rodens.

M. WILLIAM DUBREUILH (de Bordeaux). — Le cadre de l'épithélioma s'est depuis quelque temps élargi de telle façon que ce mot a perdu toute signification précise. A la face notamment on désigne sous ce même nom des lésions absolument différentes. On y trouve des tumeurs extrêmement malignes, constituant de véritables cancers, comme le cancroïde de la lèvre inférieure, et d'autre part, on y trouve sous le même nom des lésions essentiellement différentes comme le molluscum contagiosium qualifié d'épithélioma contagiosum par Neisser d'après sa structure histologique. Entre ces extrêmes se trouve tout le groupe des épithéliomas superficiels de la face qui est lui-même loin d'être homogène et présente des types très divers tant au point de vue histologique qu'au point de vue clinique.

Parmi ces épithéliomas superficiels il est une forme très commune qui a été distinguée par les auteurs anglais sous le nom de *Rodent ulcer* et qui pour un certain nombre d'entre eux serait une maladie tout à fait spéciale et distincte de l'épithélioma. Pour la plupart des auteurs français ou allemands, il s'agit d'une simple variété de l'épithélioma pouvant avoir des origines diverses et une évolution variable; pouvant changer de forme, devenir ténébrant et se généraliser. Il correspond à peu près à l'épithélioma perlé et à l'épithéliome sudoripare de Verneuil.

L'ulcus rodens débute généralement par un nodule dur perlé qui s'accroît avec une extrême lenteur et forme une plaque arrondie, à contour sinueux, limitée par un bourrelet de 2 à 4 millimètres de large, saillant, rouge pâle, avec un éclat perlé et une dureté toute particulière. Le centre est occupé par une ulcération superficielle, presque sèche, couverte d'une croûte adhérente ou par du tissu de cicatrice plus ou moins abondamment mamelonné de nodules perlés durs semblables au bourrelet circonférenciel. L'ulcus rodens peut gagner en profondeur, surtout au niveau du nez. Il se fait alors une perte de substance plus ou moins considérable qui porte sur tous les tissus également et qui semble avoir été creusée à l'évidoir. Il n'y a pas de suppuration ni de lésions à distance sur la peau ou les muqueuses comme dans la syphilis ou le lupus, c'est un processus simplement ulcératif qui détruit tous les tissus de la même façon et au même niveau. Il n'y a rien qui ressemble à une tumeur et le seul vestige de néoplasme est le bourrelet périphérique dur et un mince enduit néoplasique qui recouvre la surface ulcérée. Dans les formes très graves qui en dix ou vingt ans détruisent toute la face, peau, muscles et squelette, creusant une vaste cavité

qui arrive presque au pharynx, il y a un certain degré de bourgeonnement de la surface ulcérée, mais ce bourgeonnement est toujours modéré et moins accusé que dans les autres formes d'épithélioma. La douleur se réduit généralement à un prurit assez vif et ne devient un peu intense que dans les formes très graves.

La maladie débute le plus ordinairement au voisinage de l'angle interne de l'œil, souvent aussi au nez ou au front ; à de rares exceptions près elle occupe toujours les deux tiers supérieurs de la face. Elle s'observe chez des individus d'âge mûr ou chez des vieillards.

Quelle que soit la durée de la maladie, l'importance des destructions et l'étendue de l'ulcération, la santé générale n'est jamais altérée, il n'y a jamais de cachexie, jamais de retentissement ganglionnaire, de généralisation ou de récidive à distance En revanche les récidives sur place après des opérations incomplètes sont de règle. Quel que soit le traitement auquel l'ulcère est soumis et les irritations auxquelles il est exposé, il reste ce qu'il est et ne devient jamais une tumeur maligne, c'est-à-dire capable de se généraliser.

A ces caractères cliniques correspondent des caractères anatomiques non moins nets et constants. L'ulcus rodens est un épithélioma à petites cellules groupées en lobules arrondis ou anguleux. Les cellules sont très petites et peu distinctes ; à la périphérie du lobule elles sont disposées radialement comme un revêtement d'épithélium cylindrique ; elles ne présentent pas de bordure épineuse, ne subissent pas de kératinisation et ne forment jamais de globes épidermiques. En revanche, elles subissent souvent, au centre du lobule, une dégénérescence vacuolaire spéciale.

Cet ensemble de caractères : aspect de la lésion qui est un ulcère plutôt qu'une tumeur ; marche lente se chiffrant par années ; bénignité constante en ce sens qu'il n'y a jamais de cachexie ni de généralisation ganglionnaire ou autre ; structure histologique particulière, font de l'ulcus rodens une maladie tout à fait à part, quoique faisant partie du vaste groupe de l'épithélioma.

Au point de vue du diagnostic clinique, l'aspect de la lésion, son caractère ulcéreux et nodulaire, font que la confusion est surtout facile avec le lupus ou les syphilides tertiaires, et cette erreur est très fréquente.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE (MATIN).

Les dermatomycoses en France. Le favus et la pelade en France de 1887 à 1892.

Par M. FEULARD.

(Voir cette communication in extenso, p. 1118.)

Sur l'action de la thiosinamine en injections sous-cutanées.

M. H. VON HEBRA. — Mon attention fut attirée en novembre 1890, par le D. v. Froschauer sur une substance qui, sous la forme d'injection sous-cutanée, aurait la propriété de préserver les animaux contre l'infection bacillaire. Des rats devinrent ainsi réfractaires au charbon ; cependant

dans une 2e série d'expériences les animaux inoculés avec cette substance comme ceux qui n'avaient pas été inoculés succombèrent au charbon.

A la suite de ces essais, je voulus voir l'effet produit par la thiosinamine dans le lupus. Deux heures après l'injection, quelquefois plus longtemps après, la partie atteinte commença à rougir et à se tuméfier. La tuméfaction fut si intense et se produisit si rapidement que l'épiderme, même le corps papillaire éclatèrent par places et que des fissures se produisirent. Cette réaction se maintint pendant 4 à 6 heures, puis s'apaisa graduellement ; mais 24 heures après il en restait encore quelques traces. Il ne se produisit jamais de vésicules ni de transsudation de liquide séro-purulent ; il n'y eut ni réaction générale, ni fièvre, tout au plus un peu de malaise, quelques vomissements bilieux qu'on put éviter en injectant des doses moins fortes. Localement les malades se plaignirent, au niveau du foyer lupique, de sensation de chaleur et de tension causée par la tuméfaction.

La réaction se fit chaque fois qu'on répéta les injections, il n'y eut pas d'accoutumance ; il est vrai qu'on augmenta les doses chaque fois. A la suite de chaque injection, il y eut une desquamation abondante au niveau du foyer, tandis que la peau voisine resta intacte et lisse.

Après quelques injections l'aspect du lupus changea. Avait-on eu affaire à un lupus proéminent, celui-ci s'affaissa et les saillies diminuèrent. Dans le lupus ulcéreux, les surfaces se détergèrent, les bords s'aplanirent et déjà après quelques semaines la cicatrisation s'effectua. Les tubercules lupiques plats, jaunâtres, disséminés, dont la vascularisation est moindre, furent plus difficilement influencés que les formes précédentes.

Mais les expériences sont encore trop récentes pour qu'on puisse affirmer avoir guéri radicalement un lupus par ce nouveau procédé.

La thiosinamine exerce en outre une action très favorable sur le tissu cicatriciel, que ce tissu succède à des ulcérations lupiques ou à des cautérisations. Partout où ce tissu cicatriciel produit des déformations, met un obstacle à la mobilité ou à la nutrition d'une région, je suis en mesure de déterminer le ramollissement du tissu cicatriciel. J'ai observé cela d'une façon frappante sur l'ectropion dont sont atteints souvent les malades porteurs de lupus des paupières et des joues. Après quelques mois cet ectropion disparaît. Dans un cas où il y avait un ectropion considérable, où la moitié gauche de la paupière supérieure était tellement tirée en haut que la muqueuse était visible, 25 injections amenèrent une telle amélioration que l'occlusion des paupières peut se faire aujourd'hui.

Les résultats sont aussi étonnants dans les cicatrices du cou consécutives à un lupus, qui empêchaient toute espèce de mouvement de la tête. Chez une jeune fille atteinte de lupus, les doigts étaient tellement incurvés que les ongles étaient implantés dans la paume de la main : cette jeune fille travaille aujourd'hui à la machine. Enfin un autre malade avait un lupus au membre inférieur droit, dont la jambe formait un angle droit avec la cuisse : aujourd'hui la jambe est dans une rectitude absolue.

Les tumeurs ganglionnaires chroniques sont également très favorablement influencées par la thiosinamine. La réaction se produit très rapidement. Quelquefois déjà après une seule injection on peut observer une diminution notable des ganglions et sentir les glandes d'une grosse masse

se séparer les unes des autres. Ceci se voit le mieux dans les adénites tuberculeuses et scrofuleuses; les adénites syphilitiques ne sont pas modifiées. Ce fut du moins ce qui se passa chez un homme porteur d'une tuméfaction ganglionnaire située à l'angle du maxillaire inférieur; l'insuccès du traitement dans ce cas en fit rechercher la cause et on trouva une lésion syphilitique ulcéreuse du pharynx nasal. Si cette particularité était confirmée par des observations ultérieures, on aurait là un important moyen de diagnostic entre les adénites syphilitiques et les adénites tuberculeuses.

Une autre action de la thiosinamine consiste dans l'augmentation de la diurèse, sans production d'aucune action fâcheuse sur les reins. Le jour de l'injection la quantité d'urine augmente de 200 à 500 c.c., il n'y a pas d'albumine. Au bout de quelques injections la polyurie disparaît.

Cette propriété de résorption que possède la thiosinamime peut avoir quelques inconvénients ; c'est ainsi que quelques tuberculeux qui depuis un certain temps n'avaient plus de fièvre, commencèrent à en avoir après un certain nombre d'injections, peut-être par résorption de quelques foyers de suppuration.

Dans un cas des sueurs nocturnes abondantes ont disparu à la suite des injections de cette substance.

Tous les malades injectés ont vu leur appétit et leur poids s'accroître. Cette méthode de traitement ne présente donc aucun inconvénient : jamais il n'y a eu d'abcès, ni tuméfaction, ni rougeur au niveau de l'injection.

La thiosinamime possède encore la propriété de faire disparaître certaines opacités cornéennes. Un des lupiques injectés avait un pannus de la cornée droite,tel qu'il ne pouvait voir de ce côté ; au cours du traitement la partie centrale de la cornée devint si transparente qu'on ne peut voir aujourd'hui trace de l'ancienne lésion. Mais il faut agir dans de tels cas avec beaucoup de prudence, car on pourrait ainsi ranimer des foyers récemment éteints.

Enfin j'ai fait des expériences sur des chiens. J'injectai un chien pesant 10 kilogr. journellement pendant un mois avec une dose suffisante pour un homme adulte et qui fut rarement dépassée. La voracité de cet animal s'accrut à tel point qu'au bout d'un mois il avait augmenté de 4 kilogr.

D'autre part dans le laboratoire du professeur von Basch je fis des expériences sur des animaux, curarisés, pour étudier l'action du médicament sur le cœur ; j'employai 10, 20 fois la dose injectée chez l'homme; la pression sanguine diminua à peine.

La substance dont il s'agit ici, appartient au groupe des allylsulfocarbamides. Elle s'obtient en traitant deux parties d'essence de moutarde avec une partie d'alcool absolu et sept parties d'ammoniaque. En chauffant ce mélange à 40° pendant quelques heures, puis en le concentrant au bain-marie l'odeur de l'essence de moutarde et de l'ammoniaque disparaît et il reste des cristaux de thiosinamime qu'on ne peut employer qu'en solution alcoolique ou éthérée. L'injection est un peu douloureuse, mais la sensation de brulûre ne dure qu'une minute et n'a jamais empêché de continuer le traitement.

Des psorospermies dans le cancer.

M. Török (de Buda-Pest) expose ses recherches qui l'ont conduit à ce résultat, que les cellules décrites comme des parasites dans le cancer ne sont rien autre que des noyaux, des cellules épithéliales, ou des cellules migratrices, des globules rouges de sang ou enfin des produits de dégénérescence.

Dégénérescence colloïde du derme.

M. Perrin (de Marseille). — La dégénérescence colloïde du derme est une affection des plus rares de la peau. Wagner, en 1866, en a décrit le premier cas sous le nom de colloïd-milium. MM. E. Besnier et Balzer en ont étudié en 1879 la symptomatologie et l'anatomie pathologique et ont démontré qu'il ne s'agissait pas d'un milium colloïde, mais d'une dégénérescence colloïde du tissu conjonctif et des vaisseaux dermiques.

Les autres faits de cette curieuse maladie ont été publiés l'un par M. Feulard en 1885, suivi d'un examen histologique par Balzer, trois autres par R. Liveing en 1886, malheureusement sans examen. Le nouveau cas que nous rapportons est par ses caractères objectifs semblable à ceux publiés par MM. Besnier et Feulard : même aspect vésiculoïde et brillant des éléments éruptifs, même indolence de l'éruption, même siège sur la partie supérieure de la face et les conjonctives oculaires. Cependant, dans notre observation, la face dorsale des mains présentait les mêmes lésions qu'à la face, mais Liveing avait déjà noté cette localisation ; le malade de Feulard l'aurait aussi présentée à l'âge de 15 ou 16 ans et elle aurait disparu spontanément.

Au point de vue étiologique, notre malade, comme le garde-forestier de M. E. Besnier, comme le jardinier de M. Feulard, vivait au grand air et au soleil : c'était une chiffonnière misérable, alcoolique, âgée de 54 ans, ramassant des chiffons toute la matinée et occupée à leur triage pendant le reste de la journée dans un terrain situé au bord de la mer. MM. E. Besnier et Wagner avaient relevé dans les symptômes présentés par leurs malades, des névralgies et des céphalées occipitales presque quotidiennes ; elles faisaient défaut dans le cas de M. Feulard et dans celui que nous rapportons.

Notre malade étant morte d'une affection intercurrente pendant son séjour à l'hôpital, nous avons pu prendre sur la face et le dos des mains, des lambeaux de peau dont M. le Dr Reboul a fait l'examen histologique. En voici le résumé et les dessins de quelques préparations.

Les altérations portent uniquement sur les éléments conjonctifs, les fibres conjonctives de la peau. D'abord un simple épaississement, puis une réfringence plus grande, la dégénérescence colloïde et enfin la formation de blocs colloïdes. Ceux-ci sont limités latéralement par les conduits excréteurs des glandes et les gaines des poils qui se dévient si les masses sont volumineuses et leur forment de véritables loges. A la surface de ces blocs colloïdes, les papilles du derme se dévient, diminuent de hauteur, puis disparaissent. L'épiderme est fortement aminci, feuilleté au niveau des gros blocs colloïdes ; les cellules des couches profondes sont vésiculeuses.

Les gaines conjonctives des glandes sudoripares, sébacées et des poils sont souvent épaissies et subissent parfois la dégénérescence colloïde. Les vaisseaux de l'hypoderme et du derme sont fortement altérés ; leur lumière paraît un peu diminuée, mais est perméable ; leurs parois sont épaissies, surtout la tunique externe dont les éléments conjonctifs ont subi la dégénérescence colloïde. Les gaines conjonctives externes des nerfs sont plus épaisses que normalement, mais les tubes nerveux et le tissu conjonctif intra-fasciculaire ne paraissent pas altérés. Cet épaississement ne nous paraît pas suffisant pour invoquer une influence nerveuse primitive.

Nous pensons que la dégénérescence colloïde des éléments conjonctifs du derme, le *colloïdome miliaire*, est le résultat de troubles de nutrition portant sur les éléments conjonctifs de la peau favorisés par les conditions extérieures qui ont agi chez ces malades, une certaine prédisposition spéciale et surtout les congestions continues de la peau sous l'influence de la radiation solaire.

De la ladrerie chez l'homme.

M. Perrin rapporte un cas de cysticercose hypodermique, probablement due à une véritable auto-contamination, qu'il a observé chez un malade atteint de tænia solium. Après une exposition rapide du cycle biologique des tænias armé et inerme et du mécanisme de l'infection pour les animaux et pour l'homme, il rappelle que dans toutes les observations publiées, à l'exclusion d'une seule, la ladrerie humaine est due au cysticerque du porc (qui n'est autre que le scolex du tænia solium). Le seul cas où le cysticerque humain serait provenu du tænia inerme a été publié en 1890 par MM. Bitot et Sabrazès. En présence de ce fait dûment constaté et de la fréquence dans tous les pays du tænia inerme, fréquence croissante en raison directe de la consommation de la viande de bœuf crue, des mesures prophylactiques s'imposent pour l'homme et pour les animaux. C'est grâce à ces mesures que, partout où elles ont été appliquées, la ladrerie du porc et le tænia solium sont devenus plus rares. Mais la prophylaxie pour le tænia inerme est plus difficile à pratiquer : d'une part, c'est surtout par l'eau qu'il boit que le bœuf est infecté, d'autre part, avant d'être abattu, le bœuf ladre ne peut être reconnu comme le porc ladre et une fois abattu son cysticerque doit à ses dimensions minimes de passer inaperçu. Aussi faudrait-il, avant de les livrer à la consommation, soumettre les bœufs à un régime de pacage ou de stabulation pendant lequel ils s'abreuveraient à des eaux non souillées. Pendant ce temps leurs cysticerques, dont la longévité est moindre que celle du cysticerque armé, auraient le temps d'être atteints par les altérations séniles qui les rendent stériles. C'est la conclusion à laquelle arrive M. Bérenger-Féraud, en se basant sur ce fait que dans l'Inde les médecins anglais ont observé que lorsque les bœufs sont soumis, pendant quelques mois avant l'abatage, à l'usage d'une eau exempte de souillures, leur chair contient beaucoup moins de cysticerques.

Du trichoma vrai.

M. de Amicis (Naples). — Alibert distinguait la plique ou *trichoma vrai* qu'il considérait comme une maladie à part du trichoma faux qui n'est qu'un accident résultant de causes diverses.

Plus tard, sous l'influence des publications de Hebra et de Kaposi, il fut accepté comme article de foi que la plique n'existe pas en tant que maladie, que ce n'est qu'un état morbide secondaire, un résultat de la négligence, destiné à disparaître devant l'usage du peigne et les progrès de la civilisation. L'observation suivante est une preuve de l'existence de la plique.

Il s'agit d'une jeune fille qui est actuellement âgée de 18 ans, dans une situation relativement aisée et soigneuse de sa personne. A l'âge de 16 ans elle a eu une fièvre typhoïde qui a été suivie de divers troubles nerveux, et d'une chute totale des cheveux. Quand ils ont repoussé ils étaient complètement modifiés dans leur aspect, ils étaient tortueux, enchevêtrés dès leur apparition et formaient un véritable feutrage. La maladie était limitée à la partie supérieure du cuir chevelu ; dans la région occipitale les cheveux sont restés normaux. Les poils des autres régions du corps n'ont présenté aucune altération. Les cheveux ont été à diverses reprises tondus ou même rasés, mais sans succès, toujours ils repoussaient tordus et feutrés. Le cuir chevelu était anesthésique de même que diverses autres parties du corps. Par l'examen microscopique des cheveux on ne trouve pas de parasites, mais on constate les altérations de la trichorrhexie noueuse.

Cet état, qui a résisté à tous les moyens thérapeutiques employés jusqu'ici, paraît s'améliorer sous l'influence de l'électricité.

Cette observation confirme l'existence, en tant que maladie spéciale, de la plique ou trichoma vrai. Il faut maintenir la distinction faite par Alibert d'avec le trichoma faux. Cette maladie est due à un trouble trophique d'origine nerveuse.

Lymphangiome.

M. Jon. Hutchinson présente des dessins représentant un cas de *lymphangiome*. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui dans sa première enfance ne présentait pas le moindre nævus. Un peu plus tard elle eut au-dessus du sein droit une tache vasculaire rouge qui fut excisée par Mac Cormac. Tout autour de la plaie il se développa un réseau de vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés et cette altération s'est étendue jusque sur le sein. Aujourd'hui, 10 ans après l'opération, la situation reste la même.

C'est là une maladie rare dont Hutchinson n'a vu que 5 à 6 cas. Elle débute généralement dans l'enfance et elle est souvent liée à la présence d'un nævus congénital. Les lésions s'étendent d'une façon serpigineuse et par la production de nouveaux foyers au voisinage. Au point de vue anatomique il s'agit d'un lymphangiome, mais au point de vue clinique la maladie présente beaucoup d'analogie avec le lupus. Le traitement est le même : excision, raclage ou cautérisation, et les récidives sont fréquentes.

Éruptions estivales.

M. Jon. Hutchinson. — Cette maladie est surtout caractérisée par son apparition tous les étés. Le premier cas que Hutchinson ait observé était constitué par une éruption papuleuse et prurigineuse qui affectait surtout la face et les mains et qui s'étendait plus ou moins sur tout le corps ; elle disparaissait complètement en hiver; elle finit par guérir définitivement à l'âge de 21 ans en laissant des cicatrices.

Un deuxième cas est relatif à une dame chez qui l'éruption, limitée au visage et aux mains, débuta dans l'enfance pour durer jusque dans la vieillesse, n'apparaissant comme d'habitude que l'été.

Dans un troisième cas plus grave, l'éruption apparaissait tous les étés et guérissait en hiver en laissant des cicatrices profondes. Elle disparut à l'âge de 20 ans, mais en laissant la face labourée de cicatrices et les oreilles presque entièrement détruites.

Enfin chez une jeune fille de 16 ans, il survenait tous les étés sur la face, les mains, les épaules et la poitrine, des ulcérations, qui s'amélioraient sans disparaître complètement en hiver. Toute la face était ravagée et les oreilles détruites.

Cette maladie est beaucoup plus fréquente dans l'enfance et la jeunesse, elle paraît due à une susceptibilité anormale et congénitale de la peau.

Pemphigus foliaceus.

M. Petrini (Bucarest) distingue 3 espèces de pemphigus : 1° le pemphigus chronique vulgaire; 2° le pemphigus foliacé qui peut être primitif ou secondaire; 3° le pemphigus végétant de Neumann.

M. Petrini a pu étudier trois cas de mort après 6, 12 et 18 mois. Deux fois il a trouvé quelques altérations des cordons postérieurs de la moelle; deux fois il a trouvé une dégénérescence graisseuse du foie. Dans tous les cas, il a trouvé des altérations des nerfs périphériques et des lésions des ganglions spinaux.

M. Hardy remarque que l'on n'a jamais trouvé dans le pemphigus de lésion caractéristique. On trouve bien dans l'intestin et surtout dans les poumons des lésions qui expliquent la mort, mais aucune lésion interne spéciale.

M. Radcliffe Crocker (Londres) présente des aquarelles provenant de divers cas.

Adénomes sébacés. — Outre ses dessins, l'auteur présente quelques moulages bien réussis. Il croit que c'est une altération d'origine congénitale.

Dermatitis repens. — Sous ce nom, M. Crocker désigne une affection qui s'observe surtout aux mains et qui est constituée par une pustule à extension centrifuge; le centre guérit ou reste suintant, le bord est formé par une collerette épidermique soulevée par du pus. C'est une affection d'origine traumatique et qui guérit facilement par l'usage des antiseptiques.

Creeping eruption. — Sous ce nom l'auteur décrit une lésion singulière qui a déjà été observée en Angleterre, par Robert Lee (Clinical Soc. of London, 1884).

Elle est constituée par un point rouge un peu saillant, du volume d'une tête d'épingle, qui chemine avec une vitesse de 10 pouces par jour environ, laissant derrière lui une traînée rouge de même largeur longue de plusieurs centimètres, tortueuse. Il semble qu'un animal parasitaire chemine dans ou sous l'épiderme. L'auteur a cherché à plusieurs reprises à exciser le morceau de peau contenant avec le point rouge, le parasite supposé, mais sans succès. Toujours il a vu la lésion continuer sa marche au delà du point excisé. Le malade était un enfant et présentait deux de ces lésions,

dont la nature reste complètement inconnue. Il faut noter que l'enfant avait été surpris mangeant une limace vivante.

SÉANCE DU SOIR

Section de syphiligraphie.

Prostitution clandestine et prescriptions contre la propagation de la syphilis.

M. Nenadovic (Pancsova). — 1° Surveillance rigoureuse des prostituées par la police sanitaire.

2° Législation de la prostitution. Contrôle exact de l'origine d'un cas de syphilis. Celui-ci est plus facile à obtenir dans une petite ville que dans une grande.

La prostitution clandestine contribue plus à la propagation de la syphilis que la prostitution surveillée. Les personnes contaminées devraient, sous le sceau du secret, déclarer le lieu où habite la femme qui les a infectées. Chaque personne devrait être soignée aux frais de l'État.

3° Tout médecin chargé d'examiner les prostituées, devrait posséder des connaissances bactériologiques suffisantes pour poser un diagnostic ferme.

M. Köbner est aussi d'avis que la recherche de la source de l'infection est de toute importance.

M. Finger croit que la répression de la prostitution clandestine est une chose extrêmement difficile.

Sur la syphilis chez les anciens Grecs.

M. Joannu (d'Athènes). — D'après des passages nombreux d'auteurs divers il est certain que cette maladie n'était pas inconnue des anciens. Des restes de constructions prouvent qu'il y avait autrefois des maisons publiques. Hippocrate connaissait les néoplasies qui apparaissent sur les organes génitaux, les chancres qui se montrent peu de temps après le coït.

Galien parle d'ulcères cutanés. Celse décrit des ulcères du nez et du prépuce, le phimosis et le paraphimosis; il parle aussi de formes tertiaires.

M. Joannu s'étend ensuite sur les caractères des maladies vénériennes en Grèce. Par l'accroissement des échanges survenus à la suite de l'établissement de la royauté, la pureté primitive des mœurs s'est amoindrie et la syphilis a fait sa réapparition.

M. Joannu décrit les pyrokolon, ou forme particulière de syphilis, qui affecte surtout l'anus, le scrotum et les organes génitaux. Cette forme a été observée pour la première fois dans les guerres d'indépendance; elle se développe sans accident primitif par des papules qui s'ulcèrent plus tard.

Le spyrokolon est endémique en certains endroits.

La maladie fut d'abord méconnue des médecins; plus tard des mesures énergiques furent prises contre elle par l'établissement d'hôpitaux spéciaux.

Altérations histologiques dans l'alopécie syphilitique.

M. GIOVANNINI (de Turin).— Les recherches de Giovannini montrent que la chute des cheveux dans la syphilis ne tient pas à l'anémie ou à une dystrophie folliculaire, ni à une atrophie papillaire, mais à une folliculite pilaire profonde.

De l'albuminurie dans la syphilis.

Prof. SCHWIMMER (de Buda-Pest). — On observe du côté des reins au cours de la syphilis des gommes et des néphrites particulières produites directement par cette affection. Schwimmer cite quelques auteurs qui se sont occupés de cette question : Martinez a signalé une albuminurie survenue trois semaines après l'apparition du premier symptôme syphilitique ; Barthélemy a cité par contre des cas où l'albuminurie a précédé la syphilis. On a cru que la néphrite était consécutive au traitement antisyphilitique, ce qui n'est pas admissible. Schwimmer a observé un certain nombre de cas ; chaque malade fut examiné ; 1° pour savoir s'il n'avait pas de l'albumine avant le traitement ; 2° pour s'enquérir de l'influence du traitement mercuriel sur les reins. 247 malades n'avaient pas d'albumine, 3 malades en avaient.

Chez une femme l'albuminurie disparut par le traitement hydrargyrique ; dans un autre cas il n'y eut pas disparition.

Quant à ce qui concerne l'action du mercure sur les reins, sur 250 cas, il n'y en eut que 22 chez qui l'albuminurie se montra.

SCHWIMMER conclut que : 1° on ne peut dans tous les cas trouver la cause de l'albuminurie ; 2° on ne doit pas incriminer le traitement mercuriel dans l'apparition de l'albuminurie ; 3° le choix des médicaments peut probablement en donner l'explication.

Discussion :

M. SPINGLER (de Vienne) fait observer que de violentes émotions peuvent produire une albuminurie passagère ; il est arrivé que des malades en apprenant de leur médecin qu'ils avaient la syphilis, présentaient dans la suite de l'albuminurie dans les urines.

M. JANOWSKY. — Plusieurs causes peuvent produire l'albuminurie ; on ne peut pas toujours incriminer le mercure. Pendant la fièvre syphilitique on a observé de l'albuminurie.

Cette complication n'est pas non plus rare dans la syphilis maligne ; l'albuminurie disparaît ensuite rapidement.

L'emploi du sozoïodol n'a jamais déterminé de l'albuminurie, tandis que les injections de calomel la produisent souvent. Avec les injections de thymol et de mercure Janowsky n'a jamais vu l'albuminurie.

M. MRACEK. — L'albuminurie se montre pendant le traitement mercuriel le plus souvent chez des personnes qui n'avaient pas de l'albuminurie auparavant. L'idiosyncrasie joue ici un certain rôle.

L'emploi du traitement dit mixte est-il indispensable dans la syphilis tertiaire ?

M. PETRINI (de Galatz). — La division classique de la syphilis en 3 périodes

n'a plus la même importance qu'autrefois, puisqu'on peut observer des accidents tertiaires déjà dans la première année de l'infection. On est bien obligé d'admettre la contagiosité de ces manifestations, lorsque celles-ci se montrent au bout de si peu de temps. La contagiosité s'amoindrit avec le temps; au bout de 10-15 ans, elle n'est plus à craindre. Alors on ne peut plus invoquer la présence d'un agent pathogène spécifique.

Pour Petrini, cet agent peut être combattu par l'emploi unique des préparations mercurielles. Petrini s'appuie sur les résultats de 44 cas qui comprenaient des gommes, des syphilides ulcéreuses, des exostoses... traitées seulement par la médication mercurielle. En même temps il prescrivait du fer, de l'arsenic, une alimentation substantielle, des bains de mer.

Les récidives fréquentes qu'on observe dans la syphilis, tiennent peut-être au traitement mixte, ou à ce qu'on se sert plus de l'iodure de potassium que du mercure. Il est possible que l'iodure pris en même temps que le mercure paralyse l'action de ce dernier. D'ailleurs quelques thérapeutes tels que Guillot, Melsens, prétendent que le mercure pris avec l'iodure s'élimine très vite. Pour Petrini le premier de ces médicaments n'aurait pas le temps d'agir sur le virus syphilitique. Loin de partager l'avis de ceux qui croient l'iodure indispensable, Petrini ne se sert depuis 3 ans que de préparations mercurielles sans crainte et avec succès.

Quant à l'assertion de quelques-uns, qui considèrent la période tertiaire comme produite par le mercure, elle est réfutée par ce fait que ce sont les malades n'ayant pas suivi une cure mercurielle assez longue et assez énergique qui sont le plus souvent atteints d'accidents tertiaires. Incriminer le mercure, c'est accuser la quinine de produire l'hypertrophie de la rate.

De l'action prétendue spécifique du mercure contre la syphilis constitutionnelle.

M. le professeur Scarenzio (de Pavie). — On continue à appeler spécifique l'action du mercure contre la syphilis constitutionnelle, justement parce qu'étant émerveillé de sa puissante efficacité on n'en connaît pas la cause. M. le professeur Scarenzio supprime d'un trait l'opinion qui veut que cette efficacité soit due à une action antiparasitaire. Il ne croit pas davantage à son action bio-chimique, mais il émet l'idée que le mercure réussit à exciter les principaux organes chargés d'éliminer les produits excrémentitiels. Ceci est d'accord avec les résultats de l'analyse chimique, qui retrouve précisément le mercure dans ces organes, et même dans quelques-uns ce métal peut y séjourner très longtemps.

Dans le but de le déplacer, et d'activer les sécrétions assoupies, l'iodure de potassium réussit à merveille, on s'explique ainsi sa grande efficacité lorsqu'on en administre conjointement au mercure.

Guérison de quelques cas rares de syphilis tertiaire.

M. Gaucher (de Paris) recommande le traitement spécifique dans les cas douteux, même lorsqu'il n'y a pas d'antécédents syphilitiques. Il s'appuie sur 3 observations.

1. Il s'agissait d'une malade qui semblait atteinte d'une tumeur blanche des coudes et de tuberculose pulmonaire. D'autre part, elle présentait à

l'un des avant-bras quelques papules psoriasiformes, sur la nature desquelles on pouvait hésiter. La malade avait eu 4 fausses couches. Grâce au traitement antisyphilitique, la guérison fut complète ; les symptômes pulmonaires disparurent, les articulations recouvrèrent leur mobilité.

2. Une femme souffrait de céphalée intense, rebelle à tout traitement. Médication mixte antisyphilitique, puis guérison. L'année suivante, pleurésie purulente qui nécessite 2 thoracentèses ; en même temps induration des deux sommets pulmonaires. De nouveau, traitement antisyphilitique. Guérison.

3. Une malade présentait des troubles mentaux en même temps qu'une violente céphalée ; elle était considérée comme aliénée. Le traitement mixte la guérit en 2 mois.

Contribution au diagnostic différentiel de la syphilose et de la tuberculose pulmonaire.

M. Barbe (de Paris). — Le diagnostic différentiel de la syphilose et de la tuberculose pulmonaire est hérissé des plus grandes difficultés ; aussi l'on ne doit pas négliger tous les moyens qui peuvent éclairer le clinicien sur la nature de la lésion, car de ce diagnostic dépendent le pronostic et le traitement.

Le problème se pose ainsi : chez un syphilitique avéré qui présente du côté de l'appareil respiratoire des troubles fonctionnels, des signes physiques, enfin des troubles dans l'état général, ces symptômes relèvent-ils de lésions syphilitiques ou de lésions tuberculeuses ?

Tous les auteurs qui ont écrit sur la syphilis pulmonaire ont, en parlant de ce diagnostic différentiel, énuméré un certain nombre de signes qu'ils ne considèrent pas du reste comme pathognomoniques : localisation des lésions dans la syphilis ailleurs qu'au sommet, en un point limité et dans un seul poumon, du moins dans la généralité des cas ; marche bien plus lente que celle de la tuberculose ; persistance du bon état général jusqu'à une période fort avancée. Bon nombre d'auteurs ont insisté sur le peu de valeur de ces signes différentiels ; l'observation que je vais exposer à la suite en est une preuve de plus.

Pour les syphiliographes modernes, le seul signe sur lequel on puisse s'appuyer, c'est la présence ou l'absence du bacille de Koch dans les crachats. La présence du bacille dans les crachats a une valeur absolue, quant à la question de la tuberculose, mais son absence n'a qu'une valeur relative. Nombreux sont les cas où l'on ne découvre pas dans les crachats des tuberculeux le micro-organisme ; ou, si on le rencontre, ce n'est qu'après des examens répétés à des intervalles de temps suffisants.

Pour obvier à cette incertitude dans le diagnostic, un moyen se présente, qui a probablement été employé dans les mêmes circonstances, mais que je n'ai trouvé signalé nulle part, c'est celui des inoculations pratiquées sur des animaux avec les produits d'expectoration.

Ces inoculations ont été faites à l'occasion d'une malade chez qui la cachexie et les signes physiques de l'appareil respiratoire invitaient à porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Il s'agissait d'une femme

de 58 ans, sans antécédents morbides ni héréditaires, ni personnels, sauf que peu de temps après son mariage elle avait fait deux fausses couches,

En juillet 1890 elle fut prise, à l'occasion d'un refroidissement, de fièvre, d'étouffements, de toux, symptômes qui durèrent tout l'automne et tout l'hiver jusqu'au printemps suivant. En 1891 elle fut reprise des mêmes symptômes, mais en même temps elle s'affaiblit de plus en plus et fut bientôt atteinte d'enrouement qui devint de l'aphonie complète. Je vis la malade le 26 septembre 1891 ; elle avait toutes les apparences de la phtisie confirmée. la voix était presque éteinte ; l'examen de l'appareil respiratoire donnait des signes d'induration des sommets, surtout à droite. Le diagnostic de tuberculose me paraissait devoir s'imposer. Mais l'inspection du pharynx montrait l'existence sur la paroi postérieure de celui-ci d'une ulcération arrondie de la grandeur d'une pièce de 20 centimes creusée dans la paroi, à bords bien nets, comme taillés à pic. Cette ulcération, qu'on ne distinguait bien que quand le voile du palais était relevé, me paraissait bien être une gomme ulcérée; l'examen microscopique du produit de raclage montra l'absence du bacille de Koch, de même celui des crachats, pratiqués tous deux par mon ami le Dr Charrier. Il n'y avait pas de doute, il s'agissait bien de syphilis pulmonaire. La malade fut soumise au traitement mixte, frictions mercurielles et KI à hautes doses. Ce traitement, suivi régulièrement au début, fut bientôt un peu négligé, ainsi que je l'appris plus tard. Cependant la malade augmenta de poids, reprit un peu d'embonpoint; s'étant décidée à se peser le 24 février 1892, elle constata qu'au bout de deux mois elle avait augmenté de 7 livres. Mais dans cet intervalle de temps elle fut prise dans le courant de l'hiver d'un point de côté à droite avec tous les signes d'un épanchement pleurétique pour lequel elle resta un mois au lit.

Cette pleurésie éveilla mon attention sur la possibilité d'une tuberculose qui se serait greffée sur un terrain déjà préparé.

Les crachats examinés trois fois à l'aide de la fuchsine de Ziehl, avec double coloration par le bleu Löffler, donnèrent un résultat négatif. Enfin, sur les instigations du Dr Rénon, interne du professeur Dieulafoy, un cobaye fut inoculé sous le péritoine avec des produits d'expectoration le 3 juin. Le cobaye continua à bien se porter; le 6 juillet il fut tué à l'aide du chloroforme, l'autopsie montra l'absence de tubercules dans les différents organes.

C'est donc au bout d'un mois qu'on put affirmer le diagnostic de syphilis pulmonaire. Ainsi que me le faisait remarquer mon distingué confrère, très versé dans les études bactériologiques, cet intervalle de temps est nécessaire et suffisant. « Un cobaye meurt ordinairement en 4 semaines de tuberculose après inoculation; quelquefois il peut vivre beaucoup plus longtemps, même plusieurs mois dans des cas très rares. Mais toujours au bout d'un mois, si on le sacrifie, on trouve des lésions tuberculeuses de la rate. Un cobaye sacrifié de 4 à 6 semaines après l'injection et indemne de ces lésions, est un cobaye non tuberculeux. »

Il va sans dire qu'on n'attendra pas cette période de 1 mois avant de commencer le traitement, mais qu'on suivra le conseil, recommandé par tous les syphiligraphes, de prescrire la médication spécifique, dès qu'on soupçonne la syphilis chez un malade.

Je me hâte de conclure en disant que l'examen bactériologique et l'inoculation seuls peuvent trancher la question de savoir si on est bien en présence d'un cas de syphilose ou de tuberculose pulmonaire. L'absence du bacille de Koch et l'inoculation négative feront affirmer qu'on a bien affaire à de la syphilose. La présence du bacille et l'inoculation positive ne seront pas aussi concluantes; elles indiqueront bien, il est vrai, d'une façon indubitale que le malade est atteint de tuberculose, mais quant à savoir si avec ces lésions tuberculeuses coexistent des lésions syphilitiques, nous n'avons aucun moyen d'avoir cette certitude. Il sera difficile de faire la part de ce qui revient à la syphilis et de ce qui relève de la tuberculose. Plusieurs auteurs ont signalé la coïncidence de ces deux sortes de lésions sur un même sujet. Dans une leçon clinique publiée par la *Gazette des hôpitaux*, 1882, nº 142, le professeur Potain fait la relation d'une autopsie où l'on trouva au sommet de chaque poumon des lésions tuberculeuses, et à la base des poumons une masse qui avait la consistance du fromage de Brie et présentait les caractères d'une pneumonie blanche. Dans de tels cas la découverte du micro-organisme de la syphilis, sa présence à côté du bacille de Koch dans les crachats pourront donner au lit du malade la solution du problème.

En attendant, on suivra toujours les recommandations du professeur Potain, si bien exposées dans la même leçon clinique : chez un syphilitique, même si on trouve le bacille de Koch dans les crachats, il faut combattre d'abord la syphilis et entreprendre ensuite le traitement de la tuberculose.

Valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de mercure.

M. Houlky-Bey (de Constantinople). — 1º En général la méthode hypodermique, quel que soit le sel mercuriel employé, agit plus rapidement sur toutes les manifestations syphilitiques. Cette supériorité de l'action curative tient à ce que le médicament est soustrait à l'action du foie qui retient la plupart des métaux tels que le mercure, comme cela arrive quand on administre le mercure par la voie stomacale.

2º Jamais l'injection de mercure ne devient par elle-même la cause effective d'accidents locaux tels qu'abcès ou gangrène si la piqûre est faite antiseptiquement selon l'indication du Dr Smirnoff.

3º Les accidents splanchniques provoqués par les infarctus après les injections proviennent de ce que l'excipient employé pour le mercure était un véhicule qui ne se mélangeait pas au sang.

4º Toutes les fois qu'on emploie un tel mélange (comme cela arrive avec les huiles stérilisées) il suffit qu'une goutte de médicament soit maladroitement injectée dans une veinule pour qu'on assiste à des accidents splanchniques des plus graves.

5º La meilleure injection est une solution aqueuse hydrargyrique ; quant à moi, je donne la préférence à la formule de Scarenzio.

On sait que, dans celle-ci, 50 centigr. de calomel injecté équivalent à 47 centigr. de mercure, ce qui correspond à peu près à plus de 140 pilules de Ricord de 5 centigr., avec cette différence que le mercure introduit sous la peau sous forme de calomel reste et agit par conséquent le plus longtemps possible.

Contribution à l'asepsie dans la thérapeutique hypodermique.

M. Barthélemy (de Paris). — Jusqu'à présent les injections faites dans les tissus ont été pratiquées au moyen de seringues à aiguilles avec lesquelles on puisait le liquide à injecter dans le flacon qui le contenait.

Qui n'a éprouvé l'ennui de vouloir pratiquer d'urgence une injection et de n'avoir à sa disposition qu'un instrument défectueux ? Ici le piston desséché laissait le liquide passer au-dessus de lui au lieu de le pousser dans les tissus ; là, on ne trouvait qu'un instrument malpropre, mal entretenu et n'offrant aucune garantie d'asepsie : on n'était jamais sûr que cette injection, nécessitée par l'urgence clinique (morphine, ergotine, caféine, quinine, éther, etc.) ne serait pas suivie d'un abcès. Enfin, les liquides eux-mêmes devaient être aspirés, dans un flacon déjà anciennement préparé, ayant été souvent ouvert, rempli de germes et parfois on ne se rappelait pas exactement la dose.

Pour rendre à la fois plus exacte, plus précise, plus simple et plus inoffensive cette manière de traitement, pourtant si utile et parfois indispensable, j'ai cherché et fait construire un petit instrument qui fût dépourvu de piston, qui fût apte à être complètement stérilisé, qui n'eût jamais servi auparavant, qui fût toujours prêt dans les cas les plus imprévus et qui ne contînt qu'un liquide parfaitement pur, exactement dosé, toujours à dose suffisante et non toxique. C'est l'appareil qui m'a servi jusqu'à ce jour dans déjà plusieurs centaines d'injections de liquides variés que je viens décrire ici. A ce petit instrument, servant à la fois de flacon et d'injecteur, j'ai donné le nom d'hypodermie aseptique.

L'appareil se compose d'un récipient en verre dont la contenance est celle de la dose moyenne injectable à la fois à un adulte ; il est évident que chaque médecin, selon les indications, pourra injecter des doses plus fortes. A son extrémité antérieure, le flacon récipient porte une aiguille d'acier trempé solidement soudée au moyen d'une quantité convenable d'émail. Dans l'aiguille est introduit un fil métallique inaltérable qui complète la fermeture d'ailleurs réalisée par la capillarité, puisqu'on peut retirer ce fil sans que tombe une goutte de liquide. L'aiguille est fixe ou amovible selon les modèles. Elle est protégée contre les chocs et les germes par un manchon de verre, stérilisable comme le reste de l'appareil, formant bouchon et s'ajustant d'une manière parfaitement hermétique et aseptique sur le col du tube rodé à l'émeri.

Exclusivement composé de verre, d'émail et d'acier, l'appareil peut être impunément soumis aux températures de 115° et de 120°. On peut en stériliser toutes les pièces avant réplétion comme après l'avoir rempli d'un liquide également stérilisé ; dès lors, contenant et contenu peuvent rester indéfiniment aseptiques.

Après la stérilisation, le flacon récipient se remplit facilement par l'aspiration, soit directe au moyen de la bouche, soit indirecte, grâce à un tube de caoutchouc. Industriellement, une petite pompe aspirante peut remplir le même usage.

Une fois rempli d'un liquide bien aseptisé, le tube est soudé à la lampe, avec ou sans chalumeau, à son extrémité postérieure qui se *renfle en boule*.

Sur cette partie du flacon récipient s'ajuste (après brisure de la boule facile à faire, complète et extemporanée) un tube de caoutchouc aboutissant à des poires destinées à faire soufflerie comme dans un système de Richardson, de petit modèle, qui serait muni d'un tube stérilisateur ou épurateur de l'air. L'insufflateur à deux boules est indispensable, non pour la puissance de l'impulsion de la petite colonne d'air jouant le rôle de piston, mais pour la régularisation et pour la continuité du jet. Quel médecin n'en possède pas aujourd'hui? A la rigueur, il n'en est pas besoin de spécial.

Mode d'emploi. — Pour se servir de l'instrument, on casse la boule de l'extrémité postérieure, on adapte le soufflet, on retire le bouchon, puis le fil métallique, on flambe l'aiguille et on pique la peau préalablement savonnée et lavée au sublimé. Quelques coups de soufflet suffisent; on choisit de préférence les régions dorsale, deltoïdienne et surtout fessière. Le liquide passe dans les tissus, sous la peau, mais surtout dans les muscles profonds, soit goutte à goutte (suspension huileuse en trois minutes et demie); soit plus rapidement (trente secondes, solution huileuse : gaïacol, créosote, biiodure de mercure, jusqu'à 10 milligr. par gramme, etc...; soit en quinze secondes (solutions aqueuses ou alcooliques), soit plus rapidement même. Mais je rappelle que la lenteur est une condition souvent précieuse de la tolérance par les tissus des liquides injectés : on peut ici la réaliser à volonté.

On peut injecter tout ou partie du contenu en pinçant ou en relâchant le tuyau élastique; on peut arrêter instantanément en retirant l'aiguille. L'appareil est construit de façon qu'on peut suivre tous les progrès de l'injection et que l'on retire l'aiguille toujours à temps pour empêcher la moindre bulle d'air, fût-elle stérilisée, de pénétrer dans les tissus.

Si le liquide, comme le flacon, a été bien stérilisé, on voit qu'il n'y a plus rien de laissé au hasard des impuretés.

L'injection faite, l'aiguille est retirée rapidement et la petite piqûre est immédiatement oblitérée par une rondelle d'un taffetas antiseptique et adhésif. Les malades peuvent ensuite retourner chez eux. S'agit-il d'une injection dans les fesses, par exemple, il leur est très possible d'aller et de venir, de vaquer à leurs affaires, de marcher, de voyager, etc.

Le mécanisme est résistant au point qu'il n'est pour ainsi dire pas de substance qui ne puisse être ainsi injectée. Et pourtant, il est d'une grande simplicité, et rien n'est plus facile que d'en contrôler le bon état et l'asepsie. On arrive très vite au maniement de ce petit instrument qui offre aux médecins l'avantage d'une asepsie parfaite et aux malades la sécurité d'une dose qui ne sera jamais toxique.

Combien ce procédé diffère de celui qui consiste à aspirer, au moyen d'un instrument toujours et à juste titre suspect, contenant une plus ou moins grande quantité de liquide injectable préparé depuis un temps plus ou moins long et ouvert chaque fois qu'on veut y puiser la quantité voulue pour chaque injection! Ici l'aiguille elle-même reste aseptique jusqu'au moment où, même après un temps indéterminé, on ouvre l'instrument pour s'en servir.

Ultérieurement, l'appareil peut être de nouveau rempli par aspiration

simple comme une pipette et servir encore s'il s'agit d'un même liquide et d'un même malade. Quand il a été rempli de nouveau, on peut même le boucher, au moyen d'un petit bonnet de caoutchouc, assez hermétiquement pour qu'il ne laisse échapper aucune goutte du liquide. Mais comme l'appareil est fort peu coûteux, on peut chaque fois employer un nouveau tube ; c'est ce que font les malades sur lesquels il y a lieu de faire systématiquement des injections, dans le cours de la période secondaire de la syphilis, par exemple ; on s'en débarrasse ensuite comme d'un flacon vide de la potion qu'il contenait.

Cet instrument, qui joue à la fois le rôle de flacon et d'injecteur, peut être expédié au loin tout rempli, le destinataire étant toujours sûr de recevoir ainsi, en même temps qu'un instrument aseptique et toujours prêt, le liquide même dont le préparateur a bien rempli le tube (trousses de praticiens, trousses de voyage, d'excursions, de campagne, d'expéditions, de guerre, de navigation, de médecine vétérinaire, de laboratoires de physiologie ou de pathologie expérimentale, etc.). Après réplétion et après fermeture à la lampe, le pharmacien peut apposer sa marque et son cachet comme sur un flacon ordinaire.

Le médecin reçoit le tube tout chargé d'un liquide inaltéré, inaltérable et d'une dose médicamenteuse qui sera toujours la moyenne injectable pour une seule fois et pour un adulte, c'est-à-dire toujours au-dessous de la dose toxique.

Toute erreur pouvant ainsi être évitée, le médecin n'hésitera plus à recourir, selon les indications parfois si urgentes de la clinique, aux formules et aux agents nouveaux, voire les sucs et les extraits organiques.

Malades, médecins et pharmaciens, tous trouveront donc avantage à l'emploi de l'*hypodermie* dans la pratique courante.

Le flacon injecteur a le plus habituellement la contenance de 1 centim. cube ; mais il peut avoir le dosage exact aussi bien de 1/2 ou de 2 ou de 5 c.c., voire de beaucoup plus, comme pour les expériences sur les singes et sur les autres animaux. Pour les laboratoires, il y a des modèles de 15 et de 60 c.c. et même plus ; dans ces cas, la graduation est toujours faite. On peut dire que tous les volumes peuvent être exécutés.

Tel est le modèle que j'appellerai de *pratique courante ;* il en est d'autres.

Sur le conseil qu'a bien voulu me donner M. le professeur Bouchard, que je prie de recevoir ici tous mes remerciements, j'ai fait construire suivant le principe exposé plus haut, un récipient qu'il est possible de fermer, d'obturer hermétiquement aux deux extrémités après l'avoir rempli d'un liquide qui peut se conserver indéfiniment aseptique. Au moment d'en faire usage, on brise les deux boules, on adapte la postérieure à l'insufflateur et on met l'aiguille à l'antérieure, qui a été construite exprès, en vue de l'application de l'aiguille amovible de platine iridié de M. le professeur Debove. On peut se servir de ce modèle indéfiniment puisque l'aiguille peut chaque fois être portée au rouge sans se détériorer.

L'opérateur, toujours muni de son insufflateur *et de son aiguille*, n'aura qu'à changer de récipient, selon l'injection qu'il veut faire, sans s'exposer à introduire dans les tissus un liquide qui aura pu subir des altérations dans le flacon où il était primitivement contenu.

Enfin, pour certains cas (tubes devant être expédiés extrêmement loin ou bien devant rester longtemps à l'abri de toute souillure, sans être utilisés ; ou bien pour des recherches particulièrement délicates), un 3e modèle spécial a été réalisé. Il est fermé par un bouchon absolument soudé, mais disposé de façon à pouvoir, par une brisure qui s'effectue toujours en un point fixe légèrement rétréci, rendre facilement l'aiguille libre au moment même de pratiquer l'injection. Le tube protecteur de l'aiguille est soudé au corps de l'ampoule remplie de liquide. Ici l'asepsie est absolument parfaite ; surtout si, après avoir stérilisé l'appareil avant de le remplir du liquide préalablement et soigneusement aseptisé, on a soin encore, si c'est possible, de le soumettre, une fois qu'il est plein, à l'épuration par la température à 120° qu'il supporte parfaitement. D'autres applications sont encore possibles au moyen de cet appareil ; je me réserve de les indiquer plus tard.

Jusqu'à ce jour, j'ai fait au moyen de *l'hypodermie aseptique* (modèle premier, celui de pratique courante), un grand nombre d'injections (près de 300) de liquides très variés : préparations mercurielles, surtout les solubles, comme le biiodure, les peptonates, le benzoate de mercure; huiles mercurielles, créosotées ou gaïacolées ; solutions alcooliques d'ergotine, d'iode, de quinine; solutions aqueuses de morphine, de caféine, de cocaïne, d'acide phénique, de permanganate de potasse, de phosphate de soude; solutions d'extraits organiques, voire d'éther, à condition, à cause de la rapidité d'évaporation, de pratiquer soi-même et peu de temps avant de s'en servir, l'aspiration et la réplétion du flacon : tout cela sans aucun accident autre que quelque indurations, jamais suppuratives, dues à divers liquides injectés, mais non à l'appareil injecteur.

Traitement du chancre mou par la chaleur.

M. Welander de Stockholm). — De l'observation de ce fait que le chancre mou disparaît lorsque le sujet atteint présente en même temps une affection fébrile, Welander est venu à l'idée de détruire par la chaleur la virulence du chancre mou. Il est arrivé à ce résultat en faisant passer dans des tubes de plomb (analogues à ceux de Leiter) appliqués sur le chancre, de l'eau à 50°-52° C. Pour les petits chancres 2 jours, pour les gros bubons 3 jours d'application sont nécessaires. Au bout de 1 jour, l'infiltration périphérique a diminué et la sécrétion est presque tarie; au bout de 2 jours le chancre était nettoyé.

Sur les produits solubles sécrétés par un microbe du pus blennorrhagique.

MM. Éraud et Hugounenq (de Lyon) ont étudié les produits solubles sécrétés par un microbe trouvé dans le pus blennorrhagique, et dont la culture pure présente un microcoque disposé par deux ou en amas, animé d'un mouvement complexe d'oscillation, de translation et de rotation, offrant en un mot tous les caractères morphologiques du *gonocoque*, dont l'identité avec ce dernier n'est pas démontrée par suite de la preuve expérimentale impossible à établir sur les animaux.

Quoi qu'il en soit, avec le produit d'une culture sur gélose de ce microbe, ils ont ensemencé 7 litres de bouillon de veau à 35 grammes de peptone par litre. Ces ballons de bouillon ont été soumis à l'étuve pendant 18 jours, à une température de 32°-34° ; après quoi le contenu a été filtré sur bougie et précipité par 31 litres d'alcool à 93°. Cette opération a donné lieu à deux produits, un produit solide et un produit liquide ou hydro-alcoolique.

Le produit *solide* est le plus intéressant, car il présente toutes les réactions d'une toxalbumine. La plupart des réactifs alcaloïdiques des substances albuminoïdes fournissent avec la solution aqueuse de cette matière des précipités. Cette matière se comporte donc vis-à-vis de ces réactifs comme une substance albuminoïde. Elle diffère pourtant de la plupart des albumines par une propriété importante, l'absence de toute trace de soufre. En liqueur aqueuse, cette substance se putréfie rapidement ; elle répand alors une odeur infecte, cadavérique, distincte de l'odeur exhalée par les autres substances albuminoïdes en putréfaction. Cette substance paraît être un dérivé de la peptone. Elle ne prend naissance que dans des bouillons peptonisés, car si on cultive le microbe dans des solutions d'urée ou d'asparagine additionnées de cendres, d'urine ou de viande, on ne peut retirer de ces milieux aucun produit toxique précipitable par l'alcool. Enfin par la teneur en azote et l'absence du soufre, elle se rapprocherait plus volontiers de la mucine et de la chondrine. La peptone paraît donc indispensable à la fabrication du produit présent ; elle semble subir sous l'influence du microcoque une modification qui détermine la disparition du soufre, abaisse la richesse en azote. Cette substance en outre présente des propriétés physiologiques intéressantes : injectée dans le testicule du chien, elle y détermine une orchite aiguë qui se termine par la suppuration, puis très souvent par l'atrophie du testicule lui-même. Cette substance paraît donc avoir une action élective, spécifique sur le parenchyme testiculaire.

Quant au produit *liquide* ou *hydro-alcoolique*, l'essai chimique n'a fourni que des résultats négatifs touchant la présence de corps possédant une action spéciale. De plus, les tentatives d'inoculation faite avec les divers résidus de ce produit sont restées également sans effet. Il semble donc probable que ce microbe ne fabrique pas d'alcaloïdes.

Les auteurs ont observé un cas d'épididymite blennorrhagique suppurée et ont pu soumettre à l'examen chimique et expérimental le pus recueilli. Malheureusement la petite quantité de ce pus (30 gram. environ) n'a pas permis de faire des réactions qualitatives, encore moins une analyse quantitative par laquelle on eût pu établir des rapprochements indiscutables entre cette substance et celle étudiée ci-dessus. Toutefois, on doit mettre en évidence les propriétés au moins voisines de ces deux produits pour les raisons suivantes : l'identité du mode de préparation, l'analogie très grande des actions pathogènes, et enfin l'odeur spéciale extrêmement fétide, mais tout à fait particulière, qui se trouve absolument identique dans la putréfaction de la matière extraite du pus, à celle que développe rapidement l'albumine sécrétée *in vitro* par le microbe. Enfin l'injection dans le testicule d'un chien jeune, d'un à deux centimètres cubes du produit filtré à la bougie provenant de ce pus, y a déterminé une orchite manifeste. Il y a donc lieu

de conclure que dans le pus de la vaginalite blennorrhagique suppurée, il existe une toxalbumine qui est très voisine, sinon identique de celle qui provient des cultures du microbe étudié précédemment.

Les auteurs ont enfin analysé le liquide articulaire du genou d'un homme atteint de rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire. Le liquide recueilli était transparent, séro-albumineux, visqueux. L'essai chimique n'a révélé aucun corps ; il ne paraît donc pas y avoir de toxine dans cet exsudat *non suppuré.*

Xanthome aigu généralisé non diabétique.

M. J. Hutchinson (Londres). — Un homme âgé de 45 ans présentait sur la poitrine, le ventre et la région pubienne, de petites tumeurs jaunes centrées par un poil et sans aucune apparence inflammatoire. Ces nodules ressemblaient très exactement au xanthome des diabétiques ; mais l'urine ne contenait pas la moindre trace de sucre ; le malade n'avait jamais eu d'ictère et jouissait d'une excellente santé, à part de la céphalalgie. L'éruption, assez rapide, s'arrêta promptement et disparut sous l'influence du mercure et de fortes doses de taraxacum. L'auteur présente en même temps des dessins d'un cas de xanthelasma plan multiple chez un malade atteint d'ictère chronique.

Lentigo infectieux des vieillards.

M. J. Hutchinson.— Cette maladie est constituée par une tache pigmentée noire, située sur la joue ou la paupière inférieure généralement d'un seul côté. Cette tache s'accroît graduellement pendant des années et même dans un cas elle s'étendait à la conjonctive et la cornée. Dans quelques cas il finit par se développer, au voisinage immédiat de la tache, un épithélioma qui n'est pas mélanique. Cette maladie, dont Hutchinson a observé 6 cas est particulière aux vieillards.

M. W. Dubreuilh a eu l'occasion d'observer deux cas de cette affection et peut confirmer de tout point la description de M. Hutchinson. Un de ces cas a été publié par M. Lamarque dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 30 décembre 1888.

Traitement du lupus à nodules disséminés.

M. William Dubreuilh (de Bordeaux).— Parmi les innombrables modalités que peut affecter le lupus vulgaire, particulièrement quand il siège à la face, il en est une où les nodules lupeux récidivent avec une ténacité toute spéciale, c'est celle où une surface cicatricielle plus ou moins rouge et infiltrée est criblée de petits nodules isolés. Dans ce cas les tubercules ne sont pas tous superficiels, il en est aussi de profonds qui sont invisibles, et ceux que l'on voit ne sont souvent que l'affleurement d'une grappe ou d'une chaîne de tubercules qui s'enfonce plus ou moins profondément dans le derme avec des directions très variables.

Parmi les méthodes de traitement dirigées contre cette forme, la scarification est trop diffuse, n'atteint pas seulement les points malades et a besoin d'être trop répétée ; l'ignipuncture vaut mieux mais ne permet pas de poursuivre tous les prolongements de la lésion qui dès lors récidive

très rapidement. Le procédé de choix est le curettage avec des curettes très fines de forme spéciale qui, maniées comme un foret, permettent d'énucléer le nodule et de poursuivre tous les prolongements du foyer. Le curettage est suivi d'une cautérisation au chlorure de zinc porté par un très fin pinceau de ouate.

Remarques sur les alopécies de la kératose pilaire.

M. Brocq. — La kératose pilaire du cuir chevelu peut revêtir plusieurs aspects et causer plusieurs formes d'alopécie.

1° *Dans une première variété* il faut ranger les faits connus sous le nom d'*aplasie moniliforme des cheveux* dans lesquels les poils grêles, courts, frisottants, annelés, sont entourés à leur émergence d'une petite saillie rouge miliaire de kératose pilaire.

2° *Dans une deuxième variété* il faut ranger ces faits relativement fréquents que l'on observe chez les adultes entre 20 et 50 ans, et dans lesquels l'alopécie est constituée par des sortes de petites plaques fort irrégulières de forme et d'étendue, isolées ou communiquant entre elles; couvrant d'ordinaire tout le vertex, parfois même les régions temporales, et au niveau desquelles le derme est d'un blanc plus ou moins mat, un peu déprimé, comme atrophié et cicatriciel. Dans le voisinage de ces plaques on peut observer des points au niveau desquels le cuir chevelu a la coloration normale ou bien est d'un rose pâle et qui sont parsemés de petites papules rosées circumpilaires à divers degrés d'évolution : les poils qui centrent ces papules sont grêles, fins et évidemment atrophiés ; tout à côté, entre les plaques alopéciques, se trouvent presque toujours des cheveux à aspect normal, formant des touffes plus ou moins fournies suivant le degré d'évolution de la maladie. Cette alopécie en clairières irrégulières avec tendance à l'atrophie cicatricielle du cuir chevelu est caractéristique de l'alopécie de la kératose pilaire.

3° *Dans une troisième variété* on doit ranger les faits analogues à ceux que Taenzer a publiés sous le nom d'ulérythème ophryogène, et dans lesquels le processus morbide dépilant cicatriciel est plus marqué, mais parfois aussi plus circonscrit que dans le groupe précédent.

4° *Dans une quatrième variété*, de beaucoup la plus commune, ce processus cicatriciel est au contraire réduit à son minimum. Ces lésions peuvent se développer soit dès le jeune âge, et elles coïncident toujours dans ce cas avec un état icthyosique plus ou moins marqué des téguments et une kératose pilaire rouge au début mais très accentuée des membres, soit entre 15 et 25 ans, et elles coïncident alors avec une kératose pilaire des plus marquées en évolution aux membres, parfois à la face et aux sourcils. Elles sont caractérisées par des clairières çà et là disséminées sur le vertex, irrégulières de forme et d'étendue, isolées ou communiquant entre elles suivant le degré d'évolution de la maladie, d'un blanc mat, comme déprimées, un peu cicatricielles, au voisinage desquelles on trouve des cheveux de divers calibres, assez souvent des cheveux en tout semblables aux cheveux normaux, et autour desquelles il existe parfois des sortes de traînées rougeâtres indiquant l'existence d'un certain processus inflammatoire. Il y a coïncidence soit d'une desquamation sèche plus ou

moins accentuée du cuir chevelu, soit d'une véritable séborrhée : aussi tous ces faits ont-ils été confondus jusqu'ici dans les alopécies séborrhéiques et les alopécies prématurées idiopathiques.

Il est possible de formuler les deux hypothèses suivantes au point de vue de la pathogénie de la kératose pilaire du cuir chevelu : 1° ou bien le processus kératosique existe d'emblée, autour des papilles profondes des cheveux normaux, mais il ne devient apparent que lorsque les poils normaux ont été remplacés par des poils plus grêles, à papille plus superficielle, et dans cette hypothèse, la kératose pilaire interviendrait seule pour produire l'alopécie; 2° ou bien le processus kératosique vient se surajouter à un autre processus morbide dépilant quand celui-ci a déjà modifié les cheveux et a remplacé les papilles pileuses profondes par des papilles superficielles.

Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses.

Par M. L. Brocq.

(Voir cette communication in extenso, p. 1100).

Dermographisme.

M. Barthélemy donne une description clinique très complète du dermographisme. Celui-ci, dans son sens le plus étendu, est la réaction de l'organisme à une irritation locale, se manifestant par un trouble vaso-moteur. Il reconnaît 2 causes principales : d'une part un système nerveux prédisposé, d'autre part une intoxication qui peut provenir du dehors ou de l'organisme lui-même.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE

Sur une sarcomatose cutanée offrant les caractères cliniques d'une lymphangite infectieuse,

Par MM. Hallopeau et Jeanselme.

(Voir cette communication in extenso, p. 1088.)

Des métastases du psoriasis.

M. Gaucher. — On sait que les malades atteints de psoriasis sont sujets à des manifestations diathésiques multiples portant soit sur l'appareil respiratoire, soit sur l'appareil digestif, etc. Ces faits sont généralement considérés aujourd'hui comme des coïncidences. Je ne suis pas de cet avis et j'estime que ce sont là des manifestations de la même diathèse. Il est bien certain que tous ces accidents, cutanés d'abord, viscéraux ensuite, relèvent d'une même cause générale, d'une auto-intoxication en rapport avec un trouble de la nutrition.

L'évolution de ces accidents a une marche fatale, dont les étapes sont bien définies : les lésions cutanées se montrent les premières en date, tandis que les lésions vasculaires et viscérales n'apparaissent qu'à une période ultérieure. Il y a donc lieu de maintenir et de conserver l'ancienne

doctrine des métastases. A l'appui de cette manière de voir, je citerai les trois faits suivants :

Le premier concerne un cas de rhumatisme articulaire aigu très grave, avec endocardite et rhumatisme cérébral, qui s'est développé immédiatement après la guérison complète d'un psoriasis invétéré.

Dans un autre cas, la guérison du psoriasis a été suivie de dyspepsie progressive, d'une gastrite ulcéreuse tellement grave qu'elle a pu faire penser à un cancer de l'estomac, et enfin d'accès d'asthme : tous ces accidents gastriques ont guéri au moment de la réapparition du psoriasis.

Dans un troisième cas, des accidents gastro-intestinaux chroniques ont succédé à la disparition spontanée d'un psoriasis ancien.

Il s'agit, dans tous ces cas, de métastases, c'est-à-dire d'un déplacement du poison morbide de la peau vers les viscères. Il s'ensuit qu'il faut soigner le psoriasis avec prudence et ne pas le traiter seulement par des moyens locaux, mais qu'il faut également surveiller la santé générale du sujet.

Sur le psoriasis atypique.

M. Rosenthal. — En s'appuyant sur 200 cas qui lui sont personnels et sur ce qui a été déjà écrit, Rosenthal veut exposer les formes atypiques du psoriasis et montrer les différents aspects que présente cette maladie cutanée si répandue.

Au point de vue de l'étiologie il règne une obscurité complète. La théorie française des diathèses (Bazin, Hardy) est tout à fait abandonnée en Allemagne depuis Hebra et ne compte plus en France que quelques partisans. La théorie d'Erasmus Wilson défendue surtout par Taylor, qui considère le psoriasis comme l'éclosion tardive d'une syphilis qui se serait poursuivie à travers plusieurs générations, n'est pas d'accord avec ce que Rosenthal a observé. La théorie parasitaire n'est pas mieux établie. Rosenthal se range à l'avis de Wolff et de Riess, que les prétendus parasites du psoriasis ne sont que des produits artificiels ; l'expérience dans laquelle un sujet inoculé au bras droit montra 16 jours après une efflorescence au coude gauche n'est rien moins que probante.

Rosenthal considère ensuite la théorie de l'origine nerveuse du psoriasis ; malgré des recherches minutieuses il n'a pu trouver ni chez ses malades, ni chez les ascendants de ceux-ci des troubles du côté du système nerveux. Les observations de Polotubnoff qui veut que souvent le psoriasis soit consécutif au traumatisme, ou que le psoriasis se montre fréquemment soit avec l'albuminurie, soit avec des troubles de la menstruation, ne sont pas plus concluants. Rosenthal réfute ensuite la théorie rhumatismale ou arthritique, les doctrines qui considèrent le psoriasis comme une maladie infectieuse chronique (Kopp) ou comme la suite d'une infection aiguë. Il confirme les faits de Hebra, Köbner que chez les individus prédisposés le psoriasis se montre là où il y a des causes d'irritation ou peut apparaître après la vaccination (Piffard). Pour Rosenthal le psoriasis a sa raison d'être dans une disposition de la peau, souvent héréditaire. Cette hérédité, il l'a rencontrée dans 15 0/0 des cas ; dans 46 0/0 celle-ci était négative, dans 39 0/0 elle était douteuse. L'auteur cite un cas où une femme de 45 ans fut

atteinte 3 ans après sa fille qui présenta du psoriasis, pour la 1re fois à l'âge de 17 ans.

Dans quelques cas seulement on put constater cette affection chez des frères ou sœurs. Pour Rosenthal le plus souvent la disposition au psoriasis est acquise.

Quant à l'âge, Kaposi a vu cette dermatose atteindre un enfant de 8 mois. A l'opinion de Bulkley, que la maladie se montra dans 40 0/0 des cas avant l'âge de 2 ans, Rosenthal oppose la sienne qui veut que le psoriasis apparaisse le plus souvent au moment de la puberté.

Dans un cas seulement il y avait maladie de la muqueuse. Quant aux localisations atypiques, Rosenthal a vu dans 4 cas les ongles atteints, dans 2 cas la peau des mains et la plante des pieds lésées, dans 8 cas le tégument du crâne seul touché ; dans 3 cas la muqueuse du gland ou du prépuce était seule malade. Au point de vue des formes anormales il cite le psoriasis ripa, le psoriasis rupioïde.

Dans 6 cas, il y avait des démangeaisons.

Parmi les complications il faut citer l'eczéma, non l'eczéma psoriasiforme ou eczéma séborrhéique. Si l'eczéma peut se rencontrer chez un individu en certains points du corps, le psoriasis en d'autres, il en résulte que le psoriasis peut se transformer en eczéma et réciproquement. Chez un garçon de 13 ans, le psoriasis présentait le caractère de la dermatite exfoliative. On observe souvent avec le psoriasis la gale, l'acné vulgaire et rosacée, la xérodermie des mains, le sycosis, le pityriasis versicolor...

Rosenthal a vu en même temps l'impétigo contagiosa, l'herpès zoster cervical après usage de l'arsenic, la sclérodermie et le lichen plan. La transformation des plaques de psoriasis en verrues, kéloïde, épithéliome, est digne d'être citée.

Les anciens auteurs considèrent l'affection comme une inflammation de la couche papillaire à laquelle se joint une prolifération des cellules cylindriques et dentelées, tandis que les modernes la regardent comme une épidermidose.

Quant au traitement, Rosenthal n'est pas partisan de l'iodure de potassium ; il a vu souvent, malgré l'usage prolongé de l'arsenic, une exacerbation se produire.

Sur le pemphigus puerpéral et des nouveau-nés.

M. Staub (de Posen). — Staub rapporte un cas de fièvre puerpérale assez grave, compliquée de pemphigus ; l'enfant fut atteint d'un pemphigus des nouveau-nés type. Les deux guérirent.

Dans deux autres cas l'enfant succomba au cours de l'éruption, mais la mère guérit.

Staub cite des faits d'épidémies de pemphigus chez le nouveau-né et on trouve des bactéries et des faits de pemphigus puerpéral. Pour l'auteur, le pemphigus des nouveau-nés est un infarctus d'origine utérine ; la fièvre tantôt légère, tantôt grave dont est atteinte la mère en même temps que de pemphigus plaide en faveur de cette opinion.

Staub invite les médecins à rechercher dans ce cas les causes d'infec-

tion, surtout chez les sages-femmes, pour prévenir la propagation de la maladie.

Les adénites inguinales dans l'uréthrite de la partie membraneuse.

M. Campana (de Gênes). — Les adénites peuvent présenter les caractères de 3 variétés : les adénites hyperplastiques, les adénites avec induration et les adénites suppuratives. Le plus souvent il y a combinaison de deux variétés, souvent de l'hyperplastique avec foyers suppurés multiples produits par les microbes ordinaires.

M. Isaac (de Berlin) fait une communication sur le traitement de la gonorrhée aiguë et chronique.

Sur la chéloïde spontanée.

M. Berliner (d'Aix-la-Chapelle) a observé un menuisier de 21 ans qui à l'âge de 16 ans vit apparaître sur les bras, le dos et le sternum des tumeurs qui d'après le malade auraient ressemblé à des bulles pleines de sang, mais qui au lieu de s'ouvrir s'indurèrent. Il y a 3 ans apparut derrière l'oreille gauche dans la région de l'apophyse mastoïde une tumeur grosse comme un pois, qui fut excisée à l'hôpital ; quelques semaines après une chéloïde cicatricielle se développa sur l'endroit opéré. Nouvelle opération sans résultat ; récidive au bout de 4 semaines. Berliner fit une 3e incision et chercha par une pression continue exercée sur la région à prévenir une nouvelle récidive. Déjà au bout de 6 semaines il y avait une chéloïde.

Il s'agissait de tumeurs dures comme du cartilage, d'une teinte légèrement bleu rouge ou d'une couleur plus ou moins blanchâtre. La peau sus-jacente était normale. Berliner est de l'avis des auteurs qui admettent qu'il n'y a pas de chéloïdes primitives, spontanées, mais qu'elles sont toutes consécutives à des lésions acnéiques.

Altérations quantitatives des éléments du sang dans la syphilis.

M. Konried (de Vienne). — Chez presque tous les sujets atteints de chancre induré avec engorgement ganglionnaire, on a trouvé, depuis la 4e jusqu'à la 7e semaine, une diminution de 10 à 20 0/0 du pouvoir colorant du sang ; cette diminution n'était pas due à l'abaissement du nombre de globules rouges, mais à celui de l'hémoglobine. Durant toute l'évolution de la maladie, cette diminution de l'hémoglobine va en s'accentuant.

Ce n'est qu'après la disparition des éruptions que la quantité d'hémoglobine augmente ; au bout de 25 à 30 frictions mercurielles, l'hémoglobine revient à peu près à son chiffre normal. Mais si on le prolonge plus longtemps, l'hémoglobine diminue de nouveau.

Dans la syphilis non traitée, on voit parfois des altérations légères du sang, mais parfois aussi on trouve une profonde dissociation de ses éléments.

A la période tertiaire, la syphilis produit des altérations assez durables du sang, mais moins considérables que celles des autres organes.

Quant aux globules sanguins, leur nombre reste normal pendant la 1re période de la maladie. Peu à peu, et surtout vers la 10e semaine, le nombre des globules diminue; c'est avant l'apparition des éruptions que cette diminution est la plus considérable. Ce n'est qu'après 10 à 12 frictions qu'on remarque une tendance à l'augmentation des globules : leur nombre redevient normal au bout de 20 à 30 frictions.

Le nombre des globules rouges augmente donc, sous l'influence du traitement, jusqu'à ce qu'il atteigne la normale, tandis que la quantité d'hémoglobine reste toujours inférieure à ce qu'elle est à l'état normal. On observe presque toujours également un accroissement du nombre des leucocytes.

Les altérations morphologiques du sang dans la syphilis et les dermatoses.

M. Ritter (de Vienne). — Au début de la syphilis on ne trouve aucune altération des éléments morphologiques du sang.

Ce n'est qu'avec l'apparition de l'exanthème et de l'engorgement ganglionnaire qu'on observe une augmentation du nombre des lymphocytes et des cellules éosinophiles; leur nombre augmente d'autant plus que les éruptions sont plus étendues; les leucocytes mononucléaires sont également en plus grande quantité. Pendant le traitement, le nombre des leucocytes se rapproche de la normale. On constate les mêmes altérations dans la syphilis tertiaire.

Dans l'eczéma, le pemphigus et le prurigo, le nombre des cellules éosinophiles est très augmenté. Il en est de même dans certains cas de psoriasis. Dans le lupus les résultats ne sont pas constants. Dans quelques cas de variole, il y avait une augmentation du nombre des cellules mono et polynucléaires et des lymphocytes. Dans plusieurs cas de rougeole, il y avait une augmentation du nombre des cellules éosinophiles et des lymphocytes. Dans l'érysipèle on a trouvé une augmentation considérable du nombre des cellules polynucléaires qui ont disparu avec la fièvre.

L'augmentation de cellules éosinophiles dans les dermatoses chroniques prouve qu'il y a relation entre ces deux facteurs; on peut en conclure que les cellules éosinophiles ne prennent pas naissance seulement dans la masse osseuse comme le veut Ehrlich, mais aussi dans la peau.

D. Barbe et W. Dubreuilh.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Histoire de la syphilis. — H. Joachim. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Proksch : die venerischen Krankheiten bei den alten Aegyptern. (1891, *Ergänzungshefte*, nº 2, *zum Archiv. f. Dermatologie u. syphilis*, p. 103.)

On sait que Proksch regarde le terme d'uχedu des anciens Égyptiens comme identique à notre syphilis. L'auteur a fait de nombreuses recherches pour vérifier la justesse de cette assertion et il est arrivé à ce résultat que d'une manière générale l'opinion de Proksch est absolument insoutenable.

Galien considère les livres hermétiques de l'ancienne Égypte comme des œuvres sérieuses ; son appréciation se rapporte principalement à une espèce de manuel pharmacologique qui a été rassemblé par Pamphilus. Il cite même des livres sacrés de médecine qui étaient conservés dans le temple de Ptah à Memphis ; il parle en outre d'un ancien ouvrage de médecine du roi égyptien Necho et il connaît un symptôme de la grossesse qui se trouve presque textuellement dans le papyrus de médecine de Berlin.

Joachim regarde le papyrus d'Ebers comme une espèce de compendium médical, mais dans le sens moderne ; il représente plutôt, selon Joachim, une compilation qui aurait été tirée de manuscrits anciens. Ebers le considère comme un des livres hermétiques, le quatrième ; toutefois les égyptologues ne partagent pas en général cette manière de voir.

Sur la tablette 71, on trouve des recettes pour combattre des écoulements de toute nature ; toutefois il conteste qu'il ne peut être question ici que des sécrétions des plaies, — c'est pourquoi des emplâtres sont recommandés pour leur guérison.

L'auteur a intentionnellement évité de donner une explication du mot sepen et ne l'appelle que la maladie sepen. Le radical sepen signifie présenter des taches rouges. Cette maladie est citée dans le papyrus d'Ebers ainsi que dans le papyrus médical de Berlin. La première fois il est question d'une maladie de la peau. Mais dans un deuxième passage il est parlé de la même maladie pour l'urine. Une traduction certaine était donc pour le moment impossible et l'auteur traduisit alors d'une manière très générale maladie sepen « sepem-krankheit ». L'auteur a trouvé que jusqu'à présent on n'a pas interprété exactement le passage en question du papyrus médical de Berlin. Ainsi dans ce papyrus il s'agit non d'une maladie de l'urine, mais d'une affection du membre du corps qui rejette l'urine, ainsi que l'indique le déterminatif du mot égyptien *mui*.

Or nous pouvons traduire sepen par taches rouges. Mais de quelle na-

ture étaient ces taches? Syphilis ou lèpre. L'auteur est disposé à croire qu'il s'agit d'une maladie lépreuse, de la lèpre maculeuse.

Quant à la signification du mot uχed (pluriel uχedu), l'auteur n'admet pas l'interprétation de Proksch. Dans le chapitre consacré aux maladies des yeux l'uχedu est également mentionné ; il est indiqué au début un remède « contre l'augmentation de l'uχedu dans le sang de l'œil ». Déjà rien que ce passage suffirait pour rendre tout au moins douteuse l'explication de Proksch ; car quelle maladie pourrait-on comprendre ici comme la syphilis « dans le sang de l'œil » ? Ce serait plus que risqué de croire les médecins égyptiens capables de représenter la syphilis comme une anomalie du sang.

En terminant, Proksch cite un passage du papyrus médical de Berlin dans lequel, selon lui, « seraient décrits les uχedu ». Mais là, comme l'indique l'original, il n'est pas question des uχedu en général. Mais des uχedu dans le corps. Il s'agit là d'une maladie interne dans laquelle les uχedu jouent il est vrai un grand rôle ; d'après Joachim, ce serait le marasme occasionné par la chlorose égyptienne. Selon ce même auteur, la description des symptômes serait si caractéristique que la constatation de l'état décrit ici n'offre pas de difficultés.

Dans un autre passage Joachim dit qu'on trouve le mot égyptien uχed employé comme verbe et donne une combinaison de mots qui exclut tout à fait la traduction par le mot syphilis, ce passage montre d'ailleurs que le mot uχed doit avoir une signification générale.

L'auteur renvoie les lecteurs à une communication détaillée qu'il publiera dans un des plus prochains nos des Archives de Virchow, où toutes ces questions seront étudiées d'une manière beaucoup plus approfondie.

A. Doyon.

Lymphomes syphilitiques. — Busch. Ueber tertiär syphilitische subcutane Lymphome. (*Wiener mediz. Presse*, 1891, p. 1298 et 1329.)

Il s'agit d'un Arabe, âgé de 30 ans, qui vint consulter l'auteur à Beyrouth pendant l'hiver de 1888. Cet homme avait été pédéraste 15 ans auparavant et présentait une cicatrice au bord de l'anus. En même temps il portait au cou, au-dessous des deux angles de la mâchoire inférieure, deux tumeurs symétriques, un peu plus grosses qu'un œuf de poule et dont la surface était recouverte de pus et de croûtes sanguines. Ces tumeurs traitées par les caustiques s'aggravèrent, mais disparurent ensuite rapidement sous l'influence d'un traitement spécifique.

Chez ce malade la coloration leucémique de la peau était très accusée. Lustgarten a signalé cet état dans un mémoire qu'il a publié sur les maladies des glandes dans les périodes tardives de la syphilis. Il l'attribue à l'influence sur le sang des glandes lymphatiques altérées.

Les excellents résultats obtenus par la cure antisyphilitique démontrent bien que l'affection était de nature spécifique. Une maladie cérébrale survenue plus tard apporta une nouvelle preuve de la justesse du diagnostic. En effet, quelques années plus tard, ce malade fut pris subitement de violentes douleurs s'étendant de l'œil à la région temporale et à la portion

gauche du front, avec exophtalmie du même côté, diplopie, vertiges, paralysie faciale du côté gauche, paralysie des membres du côié droit, et aphasie ayant seulement duré quelques heures.

L'examen ophtalmoscopique montra une transparence parfaite des milieux dioptriques ; la rétine était normale, sauf une très forte dilatation des veines et une tache de sang qui occupait la région de la *macula*. La papille du nerf optique était le siège d'une infiltration très caractérisée, elle existait des deux côtés. Ni sur le front ni dans l'orbite on ne pouvait découvrir d'affection osseuse.

L'aphasie avec hémiplégie droite indiquait une affection cérébrale dans la région de la scissure de Sylvius du côté gauche, l'infiltration bilatérale du nerf optique précisait le caractère de la maladie et autorisait à admettre la présence d'une tumeur dans la scissure sylvienne gauche. Quant à l'exophtalmie, elle s'expliquait par une compression de la veine ophtalmique supérieure ; il n'est pas impossible que la tumeur eût aussi une action analogue par pression sur le sinus caverneux. On peut aussi admettre avec certitude que, même sans compression des veines, un néoplasme se développant au voisinage de la fissure orbitaire doit engendrer une hyperhémie dans le tissu cellulaire rétrobulbaire de l'orbite et que cette hyperhémie peut contribuer à pousser en avant le globe oculaire.

Au bout de 6 semaines un traitement antisyphilitique mixte avait amené la guérison de l'exophtalmie, l'amélioration du strabisme ; le bras droit était encore un peu plus faible que le gauche ; il en était de même pour les membres inférieurs.

L'infiltration des nerfs optiques est en voie d'amélioration.

A. Doyon.

Syphilis héréditaire. — L. d'Astros. L'hydrocéphalie hérédo-syphilitique. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, novembre et décembre 1891.)

Dans ce travail, M. d'Astros rapporte un certain nombre de faits démonstratifs qui, rapprochés de ceux publiés en 1886 par Sandoz, lui permettent d'établir d'une part la coïncidence de l'hydrocéphalie avec les accidents de la syphilis héréditaire et d'autre part l'existence d'une hydrocéphalie hérédo-syphilitique du premier âge.

Cette hydrocéphalie hérédo-syphilitique précoce se développerait suivant deux modes pathogéniques ; dans certains cas, elle serait sous la dépendance de lésions de nature syphilitique, elle serait due à des lésions spécifiquement syphilitiques de l'épendyme et de la région opto-striée ; dans d'autres cas, elle serait seulement d'origine syphilitique, par arrêt de développement du cerveau sous l'influence dystrophique de la syphilis des parents.

Dans l'hydrocéphalie par syphilose cérébrale, l'épanchement est intra-ventriculaire et c'est du côté des ventricules qu'on constate les lésions. Dans les formes les plus aiguës, il existe une inflammation de la région opto-striée dans sa partie ventriculaire et à la paroi ventriculaire. Cette inflammation amène un ramollissement de la face supérieure des ganglions

et une dilatation du ventricule dont la paroi prend l'aspect aréolaire. A un degré plus avancé sa tendance destructive se manifeste par la fonte presque complète des ganglions centraux et de la substance blanche hémisphérique, en sorte que les diverses cornes ventriculaires sont réunies en une vaste cavité. L'examen histologique a fait constater une infiltration embryonnaire diffuse de l'épendyme et des corps opto-striés dans leur partie intra-ventriculaire.

Dans les formes plus lentes, les ventricules dilatés forment comme un kyste à parois minces. Dans tous les cas, l'abondance du liquide varie avec la durée de la maladie ; il est jaunâtre, légèrement ou fortement trouble suivant l'acuité du processus.

Les os du crâne sont plutôt épaissis ; ils peuvent présenter des pertes de substance, de la tendance à l'oblitération prématurée des sutures.

Quand l'hydrocéphalie tient à une malformation cérébrale, elle est toujours congénitale et à l'autopsie on constate l'arrêt de développement du cerveau à des degrés divers. Dans une de ses observations, M. d'Astros a trouvé sous l'hydrocéphalie un arrêt de développement du cerveau ayant commencé avant le 4e mois de la vie intra-utérine, alors que les accidents dûment syphilitiques n'ont apparu qu'à trois mois et demi de la vie extra-utérine. Ce fait présenterait réunis sur le même enfant deux ordres d'accidents dépendant de deux modes d'action différents de la syphilis héréditaire : l'influence dystrophique primitive se faisant sentir sur le cerveau dès les premiers mois après la conception, l'action infectieuse plus tardive se traduisant par ses manifestations classiques au cours du quatrième mois après la naissance.

Ces manifestations syphilitiques peuvent ne jamais apparaître, si l'influence dystrophique de la syphilis des générateurs s'est fait sentir à l'exclusion de toute action infectieuse. Dans ces cas, l'hydrocéphalie par atrophie syphilitique du cerveau se rapprochant de toute hydrocéphalie par malformation cérébrale quelconque, l'enquête sur la famille est de toute importance ; car, même en l'absence d'accidents syphilitiques actuels, toute hydrocéphalie congénitale chez un enfant né de parents syphilitiques doit très vraisemblablement être considérée comme d'origine syphilitique.

Au point de vue clinique, le début de l'hydrocéphalie hérédo-syphilitique est précoce : elle se montre dans les trois premiers mois ; la marche de l'affection qui se termine habituellement par la mort est rapide. En dehors de la lésion cérébrale, les autres accidents syphilitiques jouent leur rôle pour précipiter la terminaison.

L'époque d'apparition de ces accidents a la plus grande importance pour le diagnostic de l'espèce d'hydrocéphalie. D'après les faits observés, ils peuvent se montrer les premiers, d'autres fois ils apparaissent en même temps que l'hydrocéphalie, enfin celle-ci peut être la première manifestation apparente de la syphilis héréditaire. Dans un cas, M. d'Astros a vu l'hydrocéphalie apparaître dans le cours du second mois, tandis que les accidents extérieurs syphilitiques n'apparurent qu'à trois mois et demi ; la nourrice de l'enfant fut contaminée. Aussi croit-il que l'hydrocéphalie du premier âge doit toujours être suspectée syphilitique et être un obstacle à l'allaitement de l'enfant par toute autre nourrice que sa mère.

L. Perrin.

Syphilis en médecine légale. — Professeur Fournier. De la syphilis monosymptomatique en médecine légale. (*Semaine médicale*, n° 62, p. 505, 1891.)

M. le professeur Fournier examine et discute dans ce travail, si un expert commis par la justice peut affirmer la syphilis sur le vu et la constatation d'une lésion unique, cette lésion d'ailleurs présentant les allures, les apparences de la syphilis.

Un jeune enfant du service de M. Fournier était un exemple de ce genre. Cet enfant était atteint d'une lésion périanale, et on a pu supposer de par cette lésion, qu'il avait été victime d'attentats criminels de la part d'un homme actuellement détenu à Mazas et que cet homme lui avait en outre transmis la syphilis. En dehors de cette lésion périanale et bien entendu du retentissement ganglionnaire provoqué par elle, rien autre, rien comme signe actuel de syphilis, rien comme témoignage posthume d'une syphilis antérieure.

Peut-on d'après cette lésion seule (car lésion et adénopathie symptomatique, cela ne fait qu'un) se prononcer sur la qualité de cette lésion, sur l'existence ou la non existence de la syphilis chez cet enfant ? L'expert doit répondre que l'on ne peut pas savoir, que l'on ne peut affirmer que l'enfant est syphilitique si rien de nouveau en tant que symptôme spécifique ne se produit sur le malade jusqu'au jour où le rapport médico-légal doit être déposé,

En effet, un diagnostic formel, cliniquement sûr de syphilis repose et ne saurait reposer que sur un ensemble de signes concourant à attester la syphilis ; il n'a et ne saurait avoir pour base qu'un faisceau d'accidents morbides ou de signes rationnels qui se servent mutuellement de répondants réciproques. La syphilis étant une série morbide, une chaîne d'accidents, le diagnostic ne peut être que le diagnostic d'une série morbide, diagnostic reposant sur la succession de divers symptômes ou la considération de divers signes dont l'ensemble est nécessaire à l'affirmation de la maladie. Tel doit être, tel seulement peut être le diagnostic de la syphilis : parce que la syphilis, d'une part, ne comporte pas un symptôme qui de par lui et de par lui seul soit absolument et formellement pathognomonique, et d'autre part parce qu'une foule d'états morbides, de nature ou accidentellement peuvent communiquer à l'une de leurs formes objectives une ressemblance, une identité apparente avec telle ou telle manifestation de la syphilis.

Dans la plupart des débats judiciaires relatifs à la syphilis, les éléments diagnostiques se réduisent à l'objectivité des lésions au moment de l'enquête ; les renseignements d'anamnèse font défaut ou sont suspects ; on ne peut faire appel à l'évolution d'avenir d'un accident douteux. En sorte qu'en matière médico-légale, tout se réduit à l'objectivité. Or tout diagnostic purement objectif de la syphilis est faillible et sujet à caution. En médecine légale comme en médecine commune, le diagnostic objectif ne pourra être recevable que s'il porte sur plusieurs lésions et cela parce que le diagnostic objectif de l'une de ces lésions servira de contrôle au diagnostic objectif de l'autre et réciproquement. Mais le diagnostic formel, sûr, irré-

cusable de la syphilis ne peut être institué d'après les caractères objectifs d'une lésion unique.

L. Perrin.

Traitement de la syphilis. Action du mercure sur les syphilides papuleuses. — Unna. Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf das papulöse syphilid. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1892, p. 614.)

Quelle est l'action du mercure sur la structure de la papule syphilitique ? On sait que, en général, les papules syphilitiques disparaissent complètement sous l'influence d'une mercurialisation suffisamment prolongée et profonde ; bien entendu il ne s'agit ici que de syphilides secondaires non compliquées, mais même dans ces conditions elles ne s'effacent pas d'une manière aussi absolue qu'il semble à première vue. Si la syphilide a atteint un certain degré de développement avant le traitement, il reste d'ordinaire des taches pigmentaires, dont on laisse généralement au temps le soin d'amener la résorption, mais que l'on retrouve toujours en partie si on procède à un nouvel examen. Si la syphilide est traitée de bonne heure elle disparaît d'abord rapidement et en apparence tout à fait, mais il se produit alors un état dans lequel il est difficile de dire si elle existe encore ou non. Certain jour elle semble disparaître, puis on l'aperçoit de nouveau à un autre éclairage, à la suite d'un bain chaud, dans le lit, etc... Unna recommande dans les cas douteux de comprimer fortement les parties suspectes avec une lame de verre, on aperçoit alors sur le fond tout à fait blanc une zone jaune un peu translucide prouvant que l'infiltration cellulaire, le plasmome syphilitique, existe encore, bien que diminué.

L'auteur a étudié les transformations que subissent les syphilides sur une malade atteinte d'une syphilide à petites papules très profuse et généralisée, traitée par les frictions mercurielles. Avant le traitement et chaque semaine pendant la cure faite rigoureusement à la clinique, on excisa des papules ou leurs restes, de telle sorte qu'il a eu à sa disposition une série complète des modifications régressives.

Lorsque la papule n'a pas encore subi l'action du mercure, elle se présente sous la forme d'une nodosité constituée surtout par de grandes cellules plasmatiques, située dans la partie supérieure du derme. Ce plasmome, de forme lenticulaire, se détache nettement des parties saines environnantes et repose, comme un fruit sur sa tige, sur un faisceau de vaisseaux sanguins infiltrés de petites cellules.

La papule syphilitique, au point de vue histologique, est analogue au lupus, elle est constituée par un amas de cellules plasmatiques et de leurs dérivés et des cellules géantes. Cependant il existe entre les deux des différences fondamentales.

Le plasmome lupique se forme à une grande distance des vaisseaux sanguins ; arrivé à un certain degré de développement, il les repousse à la périphérie, de façon à ce qu'il y ait toujours dans le néoplasme tuberculeux de grands espaces non vasculaires.

Le plasmome syphilitique se développe au contraire dans le voisinage immédiat des vaisseaux sanguins.

En second lieu il est à remarquer que dans les points où le tissu lupique se forme en premier lieu, le tissu collagène disparaît complètement et à sa place se produisent ces fentes globulaires qui donnent au tissu lupique sa transparence remarquable. Plus tard, il est vrai, le tissu collagène peut participer d'une manière secondaire à la prolifération et il en résulte le fibrome lupique proprement dit.

Il en est tout autrement pour la papule syphilitique. Ici la prolifération des cellules plasmatiques et du néoplasme collagène constitué par un tissu de cellules fusiformes ordinaire, marche parallèlement. Les deux parties se développent en même temps, le plasmome tout près des vaisseaux, le fibrome entre ces derniers ; il n'y a jamais de lacunes aussi accusées que dans le lupus, aussi y a-t-il dans la papule syphilitique une dureté qui contraste avec la mollesse du lupus.

Enfin une troisième différence fondamentale concerne la rapidité du développement des deux espèces de plasmomes. Le plasmome syphilitique se développe, comme on le sait, beaucoup plus rapidement que le plasmome lupique, mais il dégénère aussi plus vite que ce dernier.

On peut distinguer plus ou moins nettement trois phases dans la résorption des syphilides papuleuses sous l'influence du mercure. Dans la première la guérison fait des progrès rapides, la papule s'aplatit, se ratatine, la rougeur disparaît et est remplacée par une coloration jaune brunâtre, mais en même temps elle ne se ramollit pas, elle devient au contraire plus dure et se modifie moins qu'auparavant sous la pression du doigt. Au bout de 8 jours environ la résorption est déjà plus lente. Pendant une deuxième période de 2 à 6 semaines les papules s'effacent complètement, se dépriment même en certains points, elles perdent aussi leur consistance dure jusqu'à devenir presque imperceptibles au toucher. Leur teinte devient gris jaunâtre et finalement gris bleuâtre, puis toute coloration cesse d'être visible. C'est alors que commence la troisième période, le malade passe pour guéri et on ne peut plus constater l'existence de la lésion qu'à l'aide du procédé indiqué ci-dessus et de l'histologie.

L'examen microscopique des papules traitées montre aussi nettement les trois phases. Des papules prises sur la malade à la fin de la première semaine présentent déjà une diminution frappante du volume de la nodosité, qui a lieu aux dépens du tissu interstitiel et non des cellules plasmatiques qui sont seulement resserrées, mais dont le nombre et le volume sont peu modifiés. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques ne sont plus dilatés, les capillaires sanguins sont moins nombreux et les cellules fusiformes disparaissent entièrement. En somme, le premier résultat du traitement mercuriel n'est pas l'atrophie du tissu spécifique, mais seulement une régression considérable de son appareil nutritif.

A partir de ce moment le plasmome lui-même subit des modifications profondes, mais beaucoup plus lentes, qui correspondent à peu près à la deuxième période clinique de la guérison. Une partie des cellules plasmatiques sont détruites ; on constate que le mercure n'exerce pas une action analogue à celle du virus syphilitique, il ne détermine pas un gonflement homogène, une karyokinèse et la formation de cellules géantes, il atteint les cellules d'une façon spéciale. Il se produit sous l'influence du mercure

un véritable processus destructif qui atteint une partie des cellules plasmatiques et qui détermine une réduction lente mais persistante de la nodosité.

En tout cas on a affaire à une évolution progressive très remarquable des cellules devenues homogènes et des cellules géantes, ce qui prouve que ces cellules sont encore parfaitement vivantes, nullement nécrosées.

Ainsi qu'il a été dit, une partie seulement des cellules plasmatiques disparaît. A la fin du traitement, alors qu'il ne reste plus de la papule qu'une tache légèrement grise, on trouve encore un résidu notable du plasmome. A la place des cellules plasmatiques disparues on ne retrouve pas de tissu collagène.

On admettait autrefois qu'une papule syphilitique laissait après sa disparition un excès de pigment; mais Unna n'a pu trouver dans les papules en voie de guérison, rien indiquant une formation nouvelle de pigment. Bien plutôt le contraire. Il est en effet certain que des papules sur une peau à pigmentation foncée y font disparaître le pigment normal aussi longtemps qu'elles existent et encore un certain temps après. La pigmentation, là où elle se montre, suit ses propres lois, c'est un processus complètement indépendant du plasmome qui peut naturellement se combiner parfois avec lui. La tache cuivrée ou couleur jambon qui persiste après la guérison des syphilides est une teinte mixte résultant du ton brunâtre transparent du plasmome et de la couleur du sang. Si la nodosité est relativement pauvre en tissu fibrillaire, le sang des parties inférieures envoie une teinte bleuâtre et il en résulte la teinte cuivrée; si la nodosité contient beaucoup de tissu collagène, outre le brun jaune des couches superficielles du plasmome il n'arrive que le rouge sang des mêmes couches, c'est-à-dire rouge clair et le mélange donne le rouge jaune moins transparent et plus vif de la couleur jambon.

Quand on chasse le sang en appuyant avec une lame de verre les deux teintes laissent apparaître la même coloration jaune brun du plasmome.

En résumé, selon Unna, la cellule plasmique spécifique de la syphilide papuleuse est une cellule d'une stabilité et d'une vitalité peu communes, qui ne disparaît qu'en partie sous l'influence du mercure et persiste en partie pendant un temps indéterminé. Cette persistance peut expliquer les récidives des syphilides secondaires déjà en voie de régression et l'apparition ultérieure dans les mêmes points de syphilides tertiaires.

On serait tenté de baser la théorie de l'immunité sur ce résidu important du plasmome syphilitique à la place de l'exanthème guéri. Car ici on a une véritable modification histologique que pendant si longtemps on a regardé comme l'agent nécessaire de l'immunité. Mais, comme nous le savons, l'histoire de la syphilis ne nous laisse que des déceptions à ce point de vue. Car l'immunité existe déjà avant l'apparition de tout exanthème; et d'autre part les recherches récentes sur l'immunité ont montré que dans beaucoup de cas, peut-être toujours, l'agent de l'immunité était une substance qu'on peut isoler du corps, dissoute dans les liquides de l'organisme; aussi est-ce probablement dans cette voie qu'il faut chercher. Une autre et très intéressante question que l'avenir résoudra, est celle-ci : cette substance conférant l'immunité (l'alexine de Buchner) et qui persiste

ainsi dans l'infection syphilitique ne serait-elle pas sécrétée aussi d'une manière continue par les tissus spécifiques qui mettent si longtemps à disparaître.

A. Doyon.

Absorption du mercure. — W. Bieganski. Ueber die Veränderungen des Blutes unter dem Einfluss von Syphilis und pharmakologischen Gaben von Quecksilberpräparaten. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1892, p. 43.)

La première partie de ce travail est consacrée à l'étude critique des travaux qui ont été publiés dans ces dernières années sur l'action du mercure à petites doses, sur l'état du sang et la nutrition dans le traitement de la syphilis. Après un résumé succinct des opinions de Semmalo, Elsenberg, Liégeois, Wilbuszewicz, Keyes, Robin, Hallopeau, Gaillard, Kobert, etc..., l'auteur indique le but qu'il se propose :

1° De rechercher avant le traitement les modifications qui se produisent dans le sang sous l'influence du virus syphilitique ;

2° D'étudier les modifications du sang chez les syphilitiques après la terminaison du traitement mercuriel, en tenant compte des différentes méthodes actuellement en usage (administration interne, frictions, injections) ;

3° De rechercher les modifications que subit le sang dans le cours de la médication spécifique.

Bieganski a trouvé que, chez les syphilitiques non encore traités, la moyenne des corpuscules rouges du sang se rapprochait du maximum physiologique indiqué par les auteurs. Il est vrai qu'il s'agissait de malades jeunes et dans de bonnes conditions de santé. La syphilis ne provoque donc pas, du moins dans ses premières périodes, une diminution des corpuscules rouges du sang. Tous les malades examinés par l'auteur, sauf un, étaient atteints de syphilis depuis 2 à 4 mois après l'infection.

Quant aux corpuscules blancs du sang, l'auteur a constaté que dans la syphilis leur nombre augmente constamment. Au lieu de la moyenne physiologique 1 : 600, on trouve chez les hommmes 1 : 366 ; chez les femmes 1 : 395 ; chez les enfants 1 : 244.

Il résulte encore des recherches de l'auteur sur le sang de syphilitiques que le nombre des lymphocytes augmente notablement : 37,4 0/0 chez les hommes, 33,5 0/0 chez les femmes et même 50 0/0 chez les enfants. Dans la même proportion on voit diminuer les corpuscules du sang à plusieurs noyaux. On rencontre habituellement très peu de cellules éosinophiles dans le sang des personnes atteintes de syphilis. L'hémoglobine diminue visiblement chez les syphilitiques ; cette diminution serait, d'après l'auteur, de 10 0/0 chez les hommes, de presque 20 0/0 chez les femmes.

Les recherches précédentes ont porté sur 30 malades : 10 hommes, 18 femmes et 2 enfants.

Chez les syphilitiques soumis au traitement mercuriel l'auteur a constaté, sous l'influence d'une cure par les frictions, les changements suivants :

1° Relativement aux corpuscules rouges du sang, il a trouvé, dans 12 cas

sur 17, une augmentation plus ou moins considérable des corpuscules rouges. Dans 5 cas, au contraire, il a observé une diminution.

L'augmentation était à peine en moyenne de 6 0/0 du chiffre total.

2° Les corpuscules blancs diminuent presque de 30 0/0 ; dans 2 cas seulement sur 17 il constata une augmentation insignifiante.

3° C'est principalement sur les lymphocytes à un seul noyau que porte la diminution, tandis que le nombre des cellules à plusieurs noyaux augmente.

4° Enfin l'hémoglobine s'accroît d'environ 10 0/0.

Après le traitement par les injections de calomel on observe les mêmes résultats, à l'exception des corpuscules blancs du sang dont le nombre avait augmenté de 10 0/0. Ce résultat tient peut-être au petit nombre des cas ainsi traités (6). Le degré de coloration du sang paraît plus accentué sous l'influence des injections, 18 0/0 du nombre primitif.

Après le traitement interne l'auteur a constaté les résultats suivants :

1° Diminution des corpuscules rouges du sang dans tous les cas examinés (2 adultes et 2 enfants).

2° Diminution des corpuscules blancs du sang.

3° Diminution des lymphocytes, augmentation des cellules à plusieurs noyaux et enfin augmentation légère de l'hémoglobine, d'environ 2 0/0.

En un mot : le mercure a une influence opposée sur l'état du sang à celle du virus syphilitique.

Enfin l'auteur a examiné tous les 5 jours ou chaque semaine le sang des syphilitiques pendant la durée du traitement mercuriel, et il a constaté que, sous l'influence du mercure, le nombre des corpuscules rouges du sang subit de nombreuses oscillations, qui sont déterminées par le plus ou moins grand épaississement du sang, mais ne dépendent pas du degré de nutrition du malade.

Sur presque tous les points les nouvelles recherches de Bieganski confirment les observations déjà faites par Wilbuszewicz, Keyes et Gaillard ; toutefois il n'a pas constaté l'anémie chez les syphilitiques qui a été signalée par ces auteurs. Cette anémie qu'ils ont trouvée devait donc être occasionnée par d'autres causes et non par la syphilis. Ce qui lui semble surtout remarquable, c'est la diminution rapide des corpuscules rouges du sang que Wilbuszewicz a constatée dans les quatre premiers jours de la présence des malades à l'hôpital.

Il lui semble que cet auteur a pris la variation physiologique du nombre des corpuscules rouges du sang pour un symptôme pathologique.

A. Doyon.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

Fig. 1.

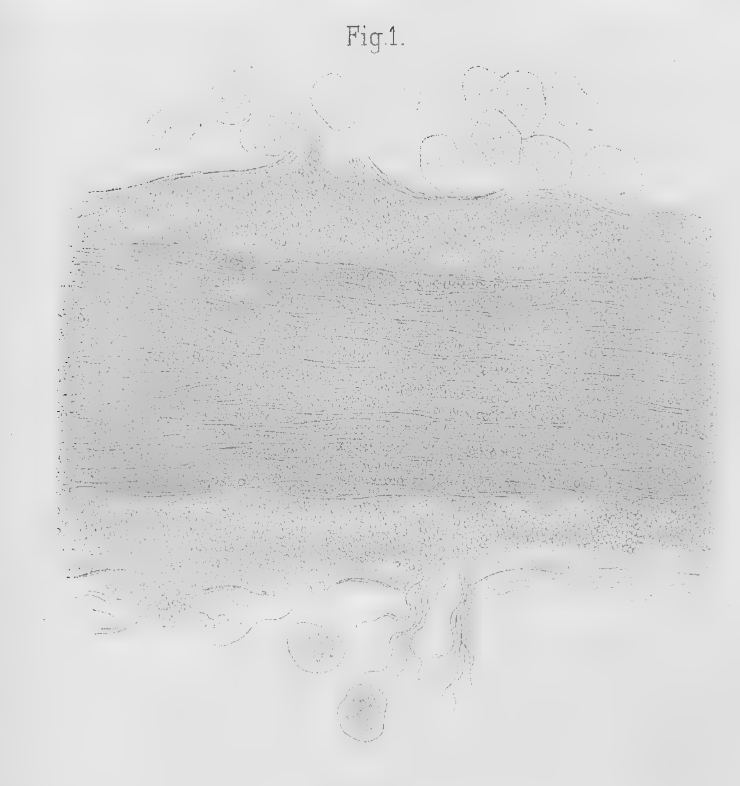


Fig. 2.



A. Karmanski ad nat. del. et lith.
S^té des Imp^ies Lemercier, Paris.
G. Masson, Editeur.

Fig.3.

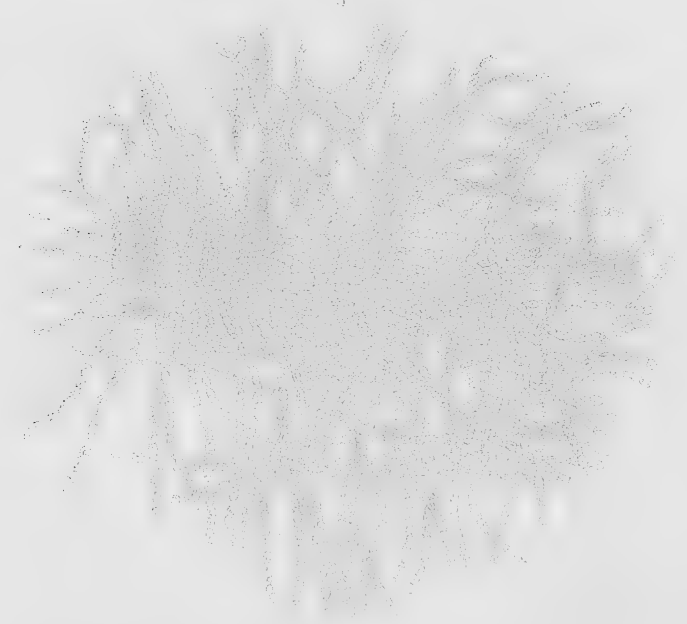
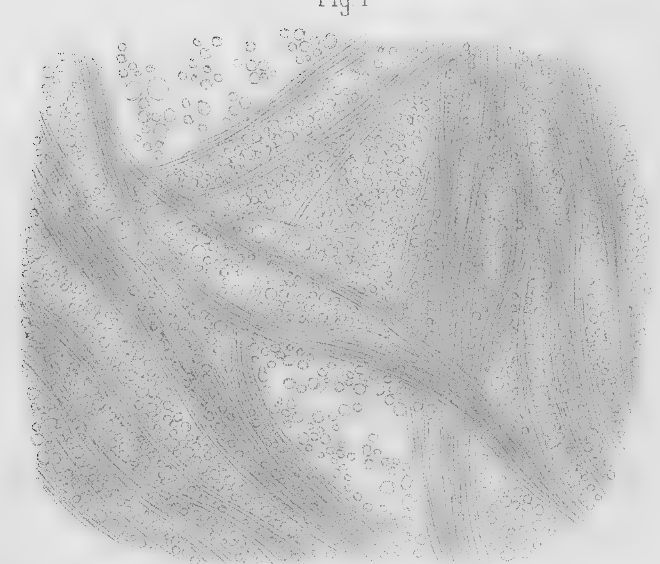


Fig.4



A. Karmanski ad nat. del et lith.

Sté des Impies Lemercier, Paris.

G. Masson, Editeur.



TRAVAUX ORIGINAUX

LA LÈPRE EN BRETAGNE

Par le Dr **Zambaco-Pacha.**

Communication faite à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Avec deux planches.

Depuis le XVe siècle, la lèpre a été considérée comme ayant complètement disparu de l'Europe centrale.

De nos jours, elle n'aurait persisté à opérer ses ravages qu'en Norwége, où trois hospices spéciaux donnent asile à plus de 1,000 malheureux atteints de la spedalskhed, ceux de Tronjem, de Molde et de Bergen ; en Espagne, en Portugal, en Grèce, en Turquie, dans certaines provinces de la Russie, principalement en Finlande, et, d'après les dernières recherches, aussi en Roumanie.

On en avait bien signalé de tout temps, quelques cas dans le midi de la France, à Vitrolles, aux Martigues, dans les environs de Nice, enfin à San-Remo, mais ils paraissaient être rares et isolés.

En tout cas, on était loin de supposer que, en France, la lèpre avait survécu à la suppression de près de 2,000 léproseries qu'on avait démolies depuis des siècles, faute de ladres.

L'hôpital St-Louis accueillait toujours, charitablement quelques lépreux, provenant surtout des îles Cyclades, des Sporades ou bien de quelque coin du nouveau continent ; et les éminents médecins de cet hôpital, les seuls chargés, bénévolement, jusque dans ces derniers temps, d'enseigner aux élèves la dermatologie, leur montraient ces spécimens à titre de curiosité scientifique plutôt que pour une utilité pratique. Car les praticiens français n'auraient jamais eu l'occasion de soigner leurs compatriotes pour la lèpre, vu qu'elle n'existait plus en France.

Depuis un certain nombre d'années, les expéditions lointaines et l'expansion coloniale ont fourni, à nos confrères de la marine, l'occasion d'étudier la lèpre et d'appeler derechef l'attention sur cette maladie censée toujours n'exister plus que dans les parages d'outremer.

Puis, des Français, établis dans les colonies où la lèpre sévit en toute intensité, y étant devenus lépreux, par un séjour prolongé, revinrent en France atteints de cette affection et attirèrent à nouveau l'attention sur elle ; mais elle était qualifiée toujours d'hétérocthone.

On était donc bien loin de se figurer que la lèpre était en survivance en France, comme reliquat du fléau qui a sévi jadis avec une violence extrême dans l'Armorique, la Neuvopopulanie et même en Lutèce.

La lèpre a donc été biffée, tout simplement, par un trait de plume de la pathologie des maladies indigènes, et reléguée au chapitre des affections exotiques.

Il importe de faire remarquer que de temps à autre il surgissait, devant quelque observateur méticuleux, un malade dont le diagnostic ne pouvait rentrer dans aucun des cadres de la clinique, et que ces cas embarrassants, recueillis par ci par là, livrés à la publicité et aux méditations des maîtres, constituaient, après recherches et discussions, des faits insolites, ne pouvant figurer dans aucun des casiers pathologiques et demeuraient sans dénomination scientifique précise. C'était des cas *étranges*, *bizarres*, relatés dans les journaux pour attirer l'attention du corps médical tout entier et provoquer une consultation universelle, comme ces malades non approfondis de l'antiquité que l'on exposait aux carrefours, dans l'espoir que quelque passant pût reconnaître leur maladie et indiquer les moyens de la combattre.

Parmi ces faits insolites, *innommés*, signalés en France, je citerai comme exemples, celui de Mirault d'Angers (1), de Pierquin (2), de Thirial (3), de Forget (4), de Gintrac (5), de Putegnat (6) etc. etc.; j'ajouterai une observation que le Dr Budin a bien voulu me remettre avec dessin, prise pendant son internat; une pareille que je dois à l'obligeance du Dr Pozzi; recueillie aussi, il y a plusieurs années, également avec aquarelle, une autre publiée par le Dr Gaucher (7), une autre relative à un individu placé actuellement à l'hôpital Laennec dans la division du Dr Lermoyer, et qui court les hôpitaux sans dénomination précise depuis des années, etc., etc. Tous ces malades ont été examinés par bien des chefs de service sans qu'une étiquette pût être placée sur eux ; et bien d'autres se sont trouvés dans le même cas.

A une époque plus rapprochée de nous, le Dr Morvan, exerçant à Lannilis, dans le Finistère, eut à traiter successivement plusieurs malades dont la symptomatologie *bizarre* ne ressemblait à celle d'aucune maladie classique (8). Il les considéra comme appartenant à un

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 20 février 1863.
(2) *Journal des progrès*, etc., 1826.
(3) *Journal de méd.*, Trousseau, 1845.
(4) *Gaz. méd. de Paris*, septembre 1847.
(5) *Revue médic.-chirurg.*, 1847.
(6) *Rev. méd.-chirurg.*, 1847.
(7) *Soc. clinique de Paris*, 1878, p. 170.
(8) *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 1883.

type inconnu, non décrit jusqu'alors, et réclamant, par conséquent, un chapitre spécial et un nom nouveau. Cette maladie, échappée jusqu'alors à la sagacité des observateurs, consistait en la perte successive des phalanges d'un ou de plusieurs doigts, l'insensibilité des doigts, des mains et de la partie inférieure des avant-bras, avec troubles de la circulation capillaire qui ouvraient parfois la scène. Cette maladie nouvelle fut désignée d'abord sous le nom de paréso-analgésie, de panaris analgésique, et plus tard, pour récompenser les travaux de notre distingué confrère, on l'appela *maladie de Morvan*. Bientôt après, plusieurs cas de cette nouvelle affection ont été constatés, tant en Bretagne qu'à Paris, et publiés dans les journaux de médecine, des thèses pour le doctorat ont consacré cette entité morbide qui finit par acquérir droit de cité dans les ouvrages classiques sous le patronage des plus grands maîtres.

M'occupant depuis bien des années de l'étude de la lèpre, très commune en Orient, que j'observe attentivement chez un grand nombre d'individus que j'ai sous la main, j'ai été frappé de la ressemblance, de l'identité même, de plusieurs de mes patients avec les malades du Dr Morvan. A ce propos j'adressai une lettre scientifique à notre distingué confrère, le Dr Thibierge, médecin des hôpitaux (1), lors de la présentation qu'il fit à la Société médicale des hôpitaux d'un lépreux pris pour syringomyélique par plusieurs médecins distingués de l'Assistance publique. Dans cette lettre, je soutenais que la maladie de Morvan considérée dans ces derniers temps comme une des formes de la syringomyélie, par certains auteurs, et par d'autres dualistes, comme une entité indépendante, n'était autre chose que la lèpre mutilante, et que nombre desdits syringomyéliques, présentant les griffes de la main avec atrophie des muscles interosseux et de ceux des régions thénar et hypothénar, étaient bel et bien des lépreux appartenant à la forme dite anesthésique de Danielssen. Je finissais ma lettre en soutenant que la dissociation des divers modes de la sensibilité, dont on voulait faire un signe pathognomonique de la syringomyélie, se rencontrait dans la lèpre et qu'elle n'était d'aucune valeur dans la différenciation qu'on s'efforçait de faire entre ces deux maladies et que les macules ou plaques pigmentaires manquaient parfois dans la lèpre la plus incontestable. De telle manière qu'il ne subsistait plus aucun signe pour établir le diagnostic entre la lèpre et les deux entités morbides nouvelles.

Cette opinion ne rencontra que des incrédules. Cependant mes recherches sur la lèpre à travers les siècles et sur ses ravages en Bretagne, où le Dr Morvan observa tout d'abord sa nouvelle maladie, raffermirent de plus en plus mes convictions.

(1) *Gaz. hebdomad. de médec. et de chirurgie* du 23 avril 1891.

Pour élucider cette importante question d'une manière définitive, il ne me restait qu'un seul moyen, celui de me rendre en Bretagne, visiter les malades du Dr Morvan, et chercher les reliquats de la lèpre dans l'Armorique. Ce que je fis.

Arrivé à Brest en juin 1892, je commençai mes investigations par l'hôpital de la ville où je trouvai, relégué parmi les infirmes oubliés, mon premier lépreux breton, le nommé Penduff dont je vous présente la photographie. Ce lépreux n'a jamais quitté la Bretagne et n'a jamais été en communication avec des lépreux. Il a eu, à plusieurs reprises, de ces accidents des doigts désignés sous le nom de panaris analgésique ; ses mains toutes mutilées sont peu aptes à le servir ; il a 41 ans, il a été réformé à 20 ans, parce qu'il manquait deux phalanges à son médius gauche. Les autres doigts se sont mutilés dans ces dix dernières années. En juin 1892, lorsque nous avons vu le malade, ses mains étaient, ainsi que vous pouvez le constater, sur sa photographie, dans l'état suivant (1) : la droite a son auriculaire gros, semi-ankylosé ; la peau adhère aux parties sous-jacentes ; l'annulaire n'a pas de phalange unguéale ; l'index n'en conserve qu'un petit bout ; le pouce est trapu et son ongle déformé. La main gauche présente à peu près les mêmes mutilations ; son index a été le dernier pris. Les orteils sont conservés. La face et le cou sont sensibles ; mais le dos, les membres supérieurs, les pieds et les jambes ont conservé le sens tactile — le malade accuse le frôlement d'un bout de papier — tandis que la sensibilité à la douleur y est abolie et qu'il n'y discerne ni le chaud, ni le froid. Il y a sur les épaules, les bras et les avant-bras, des cicatrices profondes, irrégulières, gauffrées, épaisses, roses, insensibles, symétriques, couvrant en partie les membres, notamment le gauche. Ces cicatrices sont consécutives à de gros boutons qui ont suppuré pendant fort longtemps, sans soins médicaux. Ce malade est cyphosé, très frileux ; il éprouve souvent des douleurs profondes dans les membres. J'ai revu cet individu plusieurs fois pendant mon séjour à Brest, et j'ai éte témoin du processus qui précède la mutilation de ses doigts. Une petite phlyctène hémorrhagique parut sur le moignon du médius gauche, elle s'est rompue ; une ulcération s'en est suivie et se mit à creuser.

La sœur supérieure nous a affirmé, devant le Dr de Léséleuc, l'habile chirurgien de l'hôpital, avoir vu plusieurs malades ainsi mutilés, depuis 25 ans qu'elle est attachée à cet établissement.

Au dépôt des vieillards de Brest, j'ai rencontré un autre malade pareil au précédent. C'est Jacobin (2), Breton du Finistère, également, et âgé de 61 ans. Il y a 21 ans que ses mutilations ont commencé ; il est un peu bossu aussi ; et juste sur la bosse, on voit un placard de

(1) Planche 5, main 2.
(2) Planche 4, main 6.

4 centim. environ dans tous les sens, cicatriciel, insensible, à surface irrégulière et consécutif à une éruption de longue durée. Le tact est conservé sur les membres thoraciques ; mais ils sont analgésiques ; un corps froid donne la sensation du chaud, tandis qu'un corps chaud n'est point perçu. A la main droite, le pouce manque totalement ; tous les autres doigts sont plus ou moins mutilés, demi-ankylosés, et ceux qui ont conservé leurs ongles les ont très déformés. A gauche, c'est l'index qui manque ; rhagade profonde d'un demi-centimètre environ sur le pli de la peau qui s'étend du pouce à la base de l'index. Les membres inférieurs sont normalement sensibles ; mais tous les ongles des orteils sont en sabot.

La lèpre étant une maladie de misère qui lui offre un terrain de culture très favorable, — témoin sa diminution, sa disparition même, constatée par moi dans mes voyages, partout où le bien-être et les conditions hygiéniques des populations se sont améliorés. — J'ai dû chercher ses victimes, en Bretagne aussi, dans la classe des malheureux, des mendiants et des malpropres, qui, je m'empresse d'ajouter, sont très nombreux dans l'Armorique. J'ai donc voulu assister aux divers pardons dont l'affluence attire de nombreux mendiants. Un aimable et distingué confrère breton, le Dr P. Aubry, de Saint-Brieuc, que j'ai eu le plaisir de connaître à Constantinople lorsqu'il y fut en mission pour étudier les hôpitaux d'Orient, a bien voulu me prêter son concours pour diriger mes excursions et mes recherches topiques. Il me signala les dates des pardons ou pèlerinages si nombreux en Bretagne.

J'ai commencé par celui de Rumengol. J'ai eu la satisfaction d'y découvrir parmi les malheureux demandant l'aumône et d'une saleté sordide, un lépreux atteint de la forme lazarine, avec de vastes ulcères sur les jambes, insensibles même au fer rouge dont on s'est servi à l'hôpital de Morlaix pour le traiter. Le début de l'affection se fit, ici encore, par une phlyctène ; les deux derniers doigts gauches sont rétractés ; les poignets et les mains insensibles.

Les jambes de ce malade ressemblent tout à fait à cette chromolithographie qui reproduit les jambes d'un lépreux de Constantinople et que je vous passe.

Il y a, d'ailleurs, un beau spécimen de cette lèpre lazarine au Musée de Saint-Louis, si riche en pièces remarquables.

A propos de la même forme lazarine de la lèpre, j'ai l'honneur de vous présenter la photographie des mains d'un autre mendiant de Guingamp (Côtes-du-Nord), que j'ai pu obtenir grâce à mon honorable confrère, le Dr Corson, que je remercie pour l'empressement qu'il a mis à chercher les lépreux, et à en prendre les observations et les photographies dont j'aurai plusieurs à vous montrer (1).

(1) Planche 5, main 6.

En même temps que cette photographie, je vous prie d'examiner, Messieurs, cette autre chromolithographie de la main d'un de mes lépreux de Constantinople, destinée à figurer dans mon atlas qui est sous presse. Vous pourrez comparer et vous convaincre de l'identité de ces deux cas, dont l'un observé à Byzance, l'autre en Bretagne.

A ce même pardon de Rumengol, j'ai rencontré aussi une femme des environs de Brest, de Plousivy, aux doigts et aux pieds déformés par de nombreux panaris indolores, successifs aux mains et aux pieds atrocement déformés. Cette lépreuse avait en outre une atrophie très prononcée des muscles des régions thénar et hypothénar, ce qui n'existait pas chez les précédents malades. En plus, les deux auriculaires sont recourbés ; le tiers inférieur des avant-bras et les mains sont anesthésiques ; les membres inférieurs sont analgésiques ; mais ils perçoivent la température ; sensation constante de froid intérieur, profond, dans les membres surtout.

A l'hospice de Saint-Renan, village situé à une heure environ de Brest, j'ai rencontré, avec mon honorable confrère le Dr Marion, une femme de 40 ans, dont les mains mutilées ont perdu plusieurs phalanges à la suite de ces soi-disant panaris ; les ongles sont déformés ; les derniers doigts retractés. Cette femme porte, comme le malade Penduff de Brest, de nombreuses cicatrices sur le membre thoracique gauche, consécutives à une éruption boutonneuse très longue à guérir. Il y a à noter que la *sensibilité était excessive* chez cette malade très nerveuse qui sautait dès qu'on la touchait. Elle était sujette à des crises *hystériques* se répétant une ou deux fois par mois, au dire de la sœur. Et à ce propos je dois noter, en passant, que, bien que l'insensibilité soit presque constante dans la lèpre dont elle constitue un symptôme précieux pour le diagnostic, il nous est arrivé quelquefois de trouver la sensibilité normale et dans quelques cas de l'hyperesthésie, et cela même après la première période de la maladie. Parfois l'analgésie succède à l'hyperesthésie prémonitoire. Et enfin l'anesthésie peut disparaître plus tard, pour faire place à une sensibilité de retour plus ou moins incomplète.

Il y a tant de diversité dans la symptomatologie et dans les nombreuses variétés d'aspect qu'affecte la lèpre, qu'elle mérite bien la dénomination, la qualification de Morphée, — dans le sens grammatical de multiforme, — que lui avaient accordée plusieurs auteurs de l'antiquité, et que lui conservent encore les Américains. Si l'on s'en tenait à la description classique de deux ou quatre variétés et aux symptômes donnés dans les livres, on s'exposerait à bien des mécomptes en face des malades atteints de la lèpre véritable, si polymorphe.

En rayonnant chaque jour de Brest, comme d'un centre, dans les environs, le plus souvent accompagné par un aimable confrère, nous avons appris maintes fois, qu'à tel village ou à tel bourg, il y a des

estropiés des mains et des pieds, mais en course, lors de notre enquête, pour mendier, ou bien qu'ils avaient quitté définitivement la localité pour habiter ailleurs ; ou enfin qu'ils étaient morts depuis quelque temps.

Nous devons noter en plus que, dans la rue et sur les bateaux desservant les environs de Brest, nous avons rencontré plusieurs individus aux mains mutilées. Cette fréquence étonnante de la mutilation des mains dans le Finistère me paraît aussi curieuse qu'instructive.

Mais il nous tardait de nous rendre à Lannilis et de voir les malades du Dr Morvan. Le Dr Prouff de Morlaix, a bien voulu nous y accompagner et nous en montrer quelques-uns, le Dr Morvan se trouvant indisposé pendant notre tournée.

Voici les photographies de deux malades spécimens du Dr Morvan : ils sont aussi typiques que possible de la lèpre mutilante.

L'un, Abiven (1) a perdu l'index dont le moignon très court, dur, calleux, profondément fendillé, proémine à peine ; l'auriculaire est aussi mutilé ; tous les autres doigts sont trapus, boudinés, demi-ankylosés ; les parties molles sont adhérentes à la charpente ; les ongles sont déformés ; la sensibilité tactile persiste au dos des mains ; les corps froids donnent une sensation de chaleur ; l'eau chaude est à peine sentie et très tardivement.

A la main droite, l'auriculaire est rétracté ; crevasses nombreuses aux plis palmaires ; les premiers interosseux sont atrophiés ; nerfs cubitaux volumineux. Ce malade eut plusieurs dactylites successives, appelées panaris analgésiques.

Une autre photographie, que voici, représente la main gauche du nommé Corloquet, encore un malade breton, de Lannilis. L'auriculaire a perdu sa dernière phalange sans douleur ; cicatrices palmaires sur les plis articulaires, consécutives à des ulcères profonds et très longs à se fermer ; tous les doigts sont trapus, déformés, demi-ankylosés, demi-fléchis, avec impossibilité de les étendre. Anesthésie sur toute la moitié gauche du corps ; légère chute de la paupière de ce côté ; ce malade se brûle souvent la main sans s'en apercevoir. Ces deux lépreux trouvent leur pendant parmi les aquarelles de ma collection des lépreux de Constantinople. Vous pouvez vous en rendre compte, Messieurs, vous-mêmes.

Il me semble inutile et fastidieux de donner des détails sur plusieurs autres individus atteints de la maladie dite de Morvan, — c'est-à-dire de la lèpre mutilante, — que j'ai rencontrés en Bretagne. Ce serait abuser de votre patience.

Le Dr Prouff en a plusieurs en observation. Il m'en a montré quelques-uns, chez lui, à Morlaix. J'en ai visité un autre dans une

(1) Planche 4, main 5.

ferme des environs, avec mon honorable confrère, le Dr Baret, médecin-major. Cette dernière malade, une cliente de M. Prouff, avait les mains affreusement mutilées, bleu-violacé toujours, asphyxiques.

Nous avons parlé, jusqu'à présent, de nos trouvailles en Bretagne, concernant les formes mutilante et ulcéreuse de la lèpre. Mais ce n'est pas tout. Nous y avons rencontré aussi la forme dite anesthésique de Danielssen ; cette forme à griffes, avec atrophie des muscles interosseux et ceux des régions thénar et hypothénar, simulant l'amyotrophie Duchêne de Boulogne.

Un tel malade a été trouvé par nous, en compagnie du Dr Marion, ancien médecin de la marine, à Kérinou, tout près de Brest, dans une corderie. En voici la photographie qui est plus éloquente que les meilleures descriptions (1).

Voilà une autre reproduction de la même forme de la lèpre que nous avons rencontrée avec mon honorable confrère, le Dr Baret, au village appelé *Croix-de-Saint-Ladre*, situé à une demi-heure de Morlaix, où il y a eu jadis une léproserie. Cette femme a des engelures et des rhagades tous les hivers ; la sensibilité à la chaleur est abolie aux mains ; la sensibilité au froid y est conservée ; celle à la douleur est diminuée (2).

Une malade pareille a été rencontrée par nous, avec le Dr Baret, au pardon de Saint-Jean-du-Doigt, à 12 kilomètres de Morlaix. Elle avait les mains en griffe et quelques doigts mutilés à la suite de panaris indolores. A ce même pardon, nous avons vu un autre lépreux lazarin, avec grands ulcères des jambes et anesthésie. J'ai l'honneur de vous soumettre plusieurs autres photographies représentant la lèpre à griffe de Danielssen, prises sur des malades que j'ai découverts en Bretagne.

J'ai enfin trouvé, avec les Drs Collin et Calmette, des lépreux à griffe ou de Danielssen, à l'hôpital de Quimper ; et à celui d'Auray, dans le Morbihan, avec mes confrères, MM. de Closmadeuc et Jardin. Tous ces malades présentaient la symptomatologie de la nouvelle maladie, la syringomyélie, et s'ils avaient attiré l'attention de mes honorables confrères bretons, nul doute qu'ils ne les eussent rangés dans le casier de cette affection de *nouvelle création* Quant aux malades atteints de la lèpre mutilante, ce ne seraient que des sujets appartenant à l'autre entité morbide moderne, la maladie de Morvan.

Les trois formes précédentes de la lèpre bien accusées, bien tranchées, la mutilante, l'ulcéreuse ou lazarine et l'anesthésique de Danielssen, dont il existe des cas nombreux en Bretagne, au dire même de nos confrères bretons qui les rencontraient souvent sans les discerner, sont, il faut le reconnaître, assez difficiles à diagnostiquer pour ceux qui ne se sont pas livrés à une étude spéciale de la lèpre ;

(1) Planche 5, main 3.
(2) Planche 5, main 2.

puisque des erreurs ont été commises à Paris même par les médecins les plus haut placés. Il est encore plus concevable que l'on ait méconnu les cas de lèpre à peine esquissés, atténués ou frustes.

Cependant l'attention aurait pu être réveillée par la constatation de quelques cas de lèpre éminemment classique, dont le diagnostic, inscrit en gros caractères sur le front même des sujets, ne prête à aucune ambiguïté. Tels sont les lépreux tuberculeux à face défigurée, quasi léonine, et les lépreux ichtyosiques, glabres, à figure significative, même à distance. Voici les photographies de ces malades dont le diagnostic ne peut donner lieu à aucune controverse. Aussi ont-ils été reconnus comme lépreux, à première vue, par nos confrères de la Bretagne. Il est à remarquer que ce sont là, ainsi que tous les précédents, des cas de lèpre autochtone.

Le lépreux ichthyosique Hervé a perdu, depuis six ans, ses sourcils, ses cils, sa moustache et sa barbe, autrefois luxuriante, de manière que sa face est absolument glabre, son système capillaire y est très développé, depuis sa maladie; c'est une véritable télangiectasie; il y a, en outre, ozène, ulcération des fosses nasales, et depuis peu de temps, exulcération du bout du nez. La langue a perdu aussi ses papilles, son velouté; elle est lisse et un peu violacée; quelques taches pigmentaires discrètes, lenticulaires, se voient sur le tronc; ichtyose des membres thoraciques depuis quelques années, et légère teinte sépiée à leur côté externe; mains asphyxiques; cette teinte violacée remonte jusqu'au tiers moyen des avant-bras; ongles déformés, en sabots, sensibilité diminuée; fesses en mue furfuracée, avec quelques taches pigmentaires; tiers inférieur des jambes uniformément hyperchromique; celles-ci, ainsi que les pieds, sentent la piqûre, mais non le froid (1).

Le lépreux tuberculeux ou phymatode que j'ai vu à Morlaix, grâce à mon aimable confrère le Dr Prouff, Tangui (2), porte un nom que nous avons retrouvé dans l'histoire des croisés. Je ne fais que mentionner la chose tout simplement. Il y a 4 ans, il eut un gonflement soudain de la face, avec douleurs dans les membres. Peu après apparut un pemphigus aboutissant à des ulcères intarissables; puis des tubercules au dos des mains et à la face. Depuis deux ans, ulcère rongeant du lobule du nez qui s'affaisse; voix enrouée.

Le 20 juin, jour de notre examen, il porte de nombreux tubercules aux régions sourcilières et à leur intervalle. Des cicatrices et des ulcérations en activité, résultant de la fonte des tubercules balafrent la figure. Les mains sont aussi couvertes de nombreux tubercules. Insensibilité au contact et à la piqûre au côté externe des bras et aux avant-bras; la sensibilité thermique y persiste.

(1) Planche 4, tête 3.
(2) Planche 4, tête 2.

La face conserve la sensibilité dans tous ses modes. Les mains sont asphyxiques et pachydermiques ; tubercules discrets et ulcères sur les membres inférieurs.

Ces deux derniers malades pertinemment lépreux, fournissent *aux plus incrédules*, la démonstration mathématique de la *survivance de la lèpre autochtone* en Bretagne.

D'ailleurs une liasse de nouvelles photographies, que j'aurai l'honneur de vous montrer tout à l'heure, et que m'ont envoyées des confrères bretons, depuis ma communication à l'Académie, corroborent encore, au besoin, la série des faits vus par moi-même.

Ces cas de lèpre incontestable, de la forme tuberculeuse surtout et de l'ulcéreuse ou lazarine, placés au haut de l'échelle pathologique, nous permettent d'établir la transition successive de tous les degrés de la lèpre autochtone, de montrer la chaîne morbide par gradation depuis la variété léonine, jusqu'aux formes les plus atténués, les plus frustes, méconnaissables par ceux qui n'ont pas l'expérience nécessaire que donne seule l'étude longtemps suivie et approfondie de la lèpre.

La survivance de la lèpre en Bretagne, je dirai même en France et par toute l'Europe, était à prévoir. Une maladie constitutionnelle, héréditaire par excellence, qui a ravagé pendant des siècles tout le continent, de manière à réclamer près de vingt mille asiles, ne pouvait disparaître aussi vite, relativement, sans laisser des traces. Il est vrai que parmi ces lépreux de l'antiquité se trouvaient aussi très certainement les syphilitiques, les galeux, les lupiques, les scrofuleux et tous les malades atteints d'affections cutanées vulgaires, invétérées. Néanmoins les vrais lépreux ont dû aussi être très nombreux ; et, bien qu'isolés, ils n'étaient pas privés des délices de l'hyménée, ce qui perpétuait la maladie.

C'est pour la Bretagne, spécialement, que la persistance de la lèpre était à admettre à priori, car rien que dans le diocèse de Saint-Brieuc, on a compté jusqu'à 22 ladreries.

D'ailleurs, les cacous, synonymes d'abord de lépreux, et plus tard considérés comme les descendants de ceux-ci, demeurant toujours dans les quartiers de leurs ancêtres, étaient régis par les mêmes règlements : ils ne pouvaient fréquenter aucun endroit public, ni toucher aux aliments, ni rester dans les églises, si ce n'est dans un endroit déterminé ; la loi les obligeait aussi de porter sur leurs vêtements, un signe distinctif, une patte d'oie en drap rouge (1), et à ne se marier

(1) Cette patte de palmipède signifierait que la maladie a été importée par les Sarrasins qui, à cause de leurs ablutions religieuses, barbotaient toujours dans l'eau. Erreur profonde, car la présence de la lèpre a été déjà constatée au VIe siècle (*). Elle a dû même remonter bien plus haut, ainsi que nous le démontrerons ailleurs.

(*) En 583, le troisième concile de Lyon ordonne de nourrir les lépreux aux dépens de l'Église.

qu'entre eux. Ils étaient évités par la population qui les mettait à l'index, jusqu'à la proclamation égalitaire de la République qui détruisit toutes les castes.

Les souvenirs si nombreux, jonchés sur la terre de la Bretagne, auraient dû faire soupçonner et rechercher les reliquats de la lèpre. L'histoire de ce pays est remplie de mentions concernant les lépreux, ladres, cagneux, cacous, cordiers, etc. De plus, à proximité de toute ville et de tout village, il y a des endroits qui conservent encore, à l'heure qu'il est, leurs anciennes dénominations : léproseries, caquineries, corderies, Magdelaine, terre de lépreux, pont du lépreux, etc. A bien des églises, il y a encore la guérite du lépreux, située en dehors et ne communiquant que par une fenêtre ou une fente, pour entendre la messe. Voici une photographie qui représente la guérite dn lépreux à l'église de Maëdec Plousivez. On montre encore les cimetières des pourris ou des cacous. Et dans bien des endroits, jusqu'à l'année 1788, on ne pouvait enterrer les cacous dans les cimetières ordinaires.

Ainsi, à Pleumef une telle inhumation eut encore lieu à cette date ; et les registres de la paroisse mentionnent que *Toison* a été enterré dans le cimetière des cacous ou des pourris en sa qualité de caquin. (Renseignement du Dr Mourès.)

On a donc raison d'être tout surpris de ce que les médecins bretons n'ont pas songé à la survivance possible de la lèpre, lorsqu'ils se trouvaient en face de ces cas bizarres que l'on ne parvenait guère à diagnostiquer.

La lèpre était donc complètement oubliée et reléguée dans les souvenirs historiques du moyen âge.

Cependant de bons observateurs assistaient parfois à l'évolution de quelques faits pathologiques qu'il était impossible de classer parmi les maladies reconnues. Ils se sont vus obligés de créer de nouvelles entités morbides. C'est ainsi qu'ont vu le jour, d'abord la maladie de Morvan, puis la syringomyélie, la sclérodermie, plusieurs trophoses ou morphées, vaguement définies, etc.

Je suis très heureux de constater que, depuis la communication faite à l'Académie, au mois d'août dernier, ma manière de voir a été accueillie avec bienveillance et qu'elle a satisfait bien des esprits.

Je dois d'abord remercier plusieurs de mes honorables confrères bretons, grâce à la correspondance desquels je me trouve en possession de nouveaux faits à l'appui de ma thèse. Plusieurs de ces messieurs continuent à m'envoyer des observations souvent accompagnées de photographies qui viennent grossir de plus en plus le nombre des lépreux autochtones de la Bretagne.

Je vais faire passer sous les yeux de la Société ces nouvelles preuves de la survivance de la lèpre en Bretagne.

1° Voici d'abord la photographie d'un lépreux tuberculeux vivant à

Belle-Isle-sur-Mer (1). Les tubercules de la face et des membres, si nombreux, si manifestes, son masque si évident, ne peuvent laisser le moindre doute sur le diagnostic.

Le Dr Calmette, major de première classe, et le major Jarry, nous ont signalé que ce lépreux est atteint depuis 20 ans et même plus ; car la maladie n'est jamais reconnue dès son début. Je ferai remarquer, à propos de la durée de l'affection chez cet individu, que c'est là encore une nouvelle preuve de l'atténuation de la lèpre en Bretagne, car la lèpre tuberculeuse tue, en général, dans l'espace de 6 à 8 ans là où elle sévit avec activité ; à moins que par une régression ou par destruction spontanée des tubercules, la maladie ne recule ou ne disparaisse spontanément, ce qui est bien rare.

Ce lépreux tuberculeux de Belle-Isle n'a été soumis à aucun traitement jusqu'à présent. J'ai prié le Dr Jarry d'en instituer un.

2° Je vous présente en second lieu, deux photographies que je dois à l'obligeance de mon distingué confrère, le Dr Maréchal, de Brest. Il s'agit d'un lépreux aux mains en crabe, pour me servir de son expression pittoresque (2). Vous voudrez bien remarquer la mutilation des doigts de la main gauche surtout ; il y a impossibilité de les étendre ; rhagades des paumes des mains ; déformation des ongles ; insensibilité telle que l'amputation d'un doigt n'a provoqué aucune douleur. Au dos des mains enfin il y a un semis de tubercules ; j'en ai demandé un, à mon honorable confrère, pour le soumettre à l'examen bactériologique. On voit que je n'encours pas le reproche de négliger le bacille que j'ai fait rechercher même dans la peau des Pharaons ! (3) De toutes façons, le diagnostic est si évident, que la photographie seule suffit pour l'établir.

Ce malade, pêcheur de profession, habite le canton de Ploudalmézeau, dans le Finistère, d'où il tire son origine.

3° Mon honorable confrère, le Dr Jardin, qui exerce avec succès à Auray, dans le Morbihan, m'a fait parvenir trois photographies appartenant à des malades de cette localité. On voit qu'il s'agit, sans nul doute, de la lèpre à griffe de Danielssen ; la symptomatologie de ces malades est complète. Bien des confrères auraient placé ces malades dans la syringomyélie (4).

4° Un autre honorable et distingué confrère, exerçant à Guingamp, dans les Côtes-du-Nord, le Dr Corson, m'écrit : « Depuis votre communication à l'Academie, je *cherche* et je *trouve.* » Il m'a envoyé à plusieurs reprises des observations et des photographies de lépreux qu'il a rencontrés dans sa circonscription.

(1) Planche 4, figure 1.
(2) Planche 4, vu par le Dr Morvan dès 1879.
(3) Communication à l'Académie de médecine, 31 octobre 1892.
(4) Planche 5, figure 7.

Je vous soumets d'abord les mains mutilées de Mélanie, de Pommeril-le-Vicomte. Il y manque plusieurs doigts par suite de dactylites indolores ; les deux derniers doigts sont à moitié fléchis, les ongles déformés ; ulcérations, atrophies musculaires, insensibilité, rien n'y manque (1).

Une autre photographie représente le pied gauche de la même malade dont le gros orteil est mutilé ; il y a en outre un mal perforant.

La 3e photographie représente les mains de Luyer Françoise, de Pedemec — environs de Guingamp (Côtes-du-Nord). La main droite n'a plus les deux premières phalanges de l'index et du médius ; le pouce est déformé et les deux derniers doigts sont fléchis dans la main. L'auriculaire droit est très arqué.

Voici encore deux autres photographies que je dois à l'amabilité de mon confrère. Elles sont de Galvez Yves, né à Prut, dans le département des Côtes-du-Nord (2).

Après des douleurs profondes dans les membres thoraciques, qui empêchaient le sommeil, et une sensation de froid profond, ont débuté les accidents des mains ; les poils ont commencé à tomber aussi ; il perdait un doigt par an, avec peu ou presque pas de douleur. Actuellement les extrémités des 5 doigts de la main droite sont mutilées, on voit sur quelques moignons des bouts d'ongle. Le cou et le tronc sont peu sensibles, jusqu'à une ligne transversale qui passerait sur les deux crêtes iliaques ; doigts et mains absolument *insensibles* ; figure glabre.

Enfin, voilà deux autres photographies appartenant à des Bretons atteints manifestement de la lèpre mutilante ; je crois inutile d'y insister davantage, ils ressemblent à plusieurs des malades précédents.

On est véritablement surpris du grand nombre des lépreux existant en Bretagne, et l'on est de plus en plus étonné de voir qu'ils ont passé inaperçus jusqu'à nous et qu'aucun confrère ne se fût donné la peine ou n'eût eu la curiosité de savoir de quoi dépendait ce grand nombre de déformations des mains, d'ulcères, d'éruptions siégeant à la figure même et ne ressemblant à aucune des maladies classiques. C'est que tout le monde, les médecins et la société, admettaient que la lèpre avait disparu de la France définitivement depuis le XVe siècle. Personne ne se figurait le contraire.

Messieurs, je n'ai pas à faire le recensement complet, la statistique des lépreux qui existent en Bretagne, je n'ai point la prétention de les connaître tous. Mon but unique consiste à prouver que la lèpre existe encore dans l'Armorique et qu'elle est loin d'être rare. Les

(1) Planche 5, figure 5.
(2) Planche 4, figure 4, 4.

nombreux malades que j'y ai vus et les photographies que mes distingués et bien complaisants confrères ont bien voulu me faire parvenir, en réponse à une circulaire que j'ai expédiée à tous les médecins de la Bretagne, il y a quelques semaines, suffisent pour prouver surabondamment que la thèse que je soutiens est absolument vraie. Plusieurs autres confrères m'ont envoyé des observations sans photographies; d'autres manifestent leur approbation en m'écrivant que depuis qu'ils exercent en Bretagne, ils se sont trouvés, souvent, très embarrassés pour diagnostiquer des lésions qui ne ressemblaient à rien de ce qu'ils avaient vu pendant leurs études, et que vainement avaient-ils cherché dans leurs livres classiques pour être éclairés à leur sujet. Tous ceux qui me font l'honneur de correspondre avec moi ajoutent que le voile est maintenant tombé et que c'est bien là la lèpre antique.

Et pourtant le plus grand nombre des confrères auxquels je me suis adressé n'ont même pas répondu à mon appel. L'exercice de la médecine à la campagne ne donne pas assez de loisir pour faire de la science. Il y a peu de médecins dont l'énergie parvient à tout concilier. Je suis donc porté à croire que la lèpre est bien plus commune en Bretagne qu'on ne le supposerait, en voyant les faits déjà si nombreux qui sont arrivés à ma connaissance, soit par suite de mes recherches personnelles, de courte durée dans l'Armorique, soit par la complaisance du petit nombre de médecins qui se sont plu à m'aider dans cette entreprise.

Mais ce n'est pas en Bretagne seulement que la lèpre existe. Elle se rencontre même à Paris ; je ne dirai qu'un mot à propos de ce fameux Marès, qui pendant huit ans a parcouru les hôpitaux de Paris, où l'on a diagnostiqué un cas type de la maladie de Morvan. L'observation de ce malade, étudié par nos plus grandes célébrités, figure dans les Archives, dans tous les journaux, les mémoires, les thèses de la Faculté. Or ce Marès était manifestement lépreux. Mon diagnostic a eu l'honneur d'être confirmé, en août dernier, par tous les savants médecins de l'hôpital Saint-Louis : MM. Vidal, Besnier, Fournier, Quinquaud, Hallopeau, Tenneson, Ducastel. Voici les photographies de ce Marès.

Notre distingué confrère, le Dr Thibierge, médecin des hôpitaux, a signalé aussi une méprise de ce genre. Dans ce cas aussi, plusieurs médecins des hôpitaux de Paris, et des plus éminents, avaient pris pour de la syringomyélie la lèpre anesthésique de Danielssen.

Enfin, j'ai eu la satisfaction de voir qu'un grand nombre de confrères haut placés dans la science, se sont ralliés à mon opinion, depuis ma communication à l'Académie. Quelques-uns d'entre eux ont fourni à l'appui des faits personnels indiscutables. Je citerai à ce propos la communication de M. le Dr Chauffart à la Société médicale

des hôpitaux (1), et celle du Dr Pitres, professeur à Bordeaux, faite à l'Académie de médecine tout dernièrement (29 novembre 1892) (2).

Je suis certain que le nombre des lépreux que l'on constatera en Bretagne et même par toute la France grossira de plus en plus et que la survivance de la lèpre obtiendra de jour en jour sa pleine confirmation.

Je me résumerai donc en répétant :

1° Que la lèpre existe en Bretagne et que la maladie nouvelle qu'on a cru y découvrir, le *panaris analgésique* n'est que la forme mutilante de la lèpre classique. Outre cette forme, nous y avons rencontré la forme anesthésique de Danielssen, — à griffes avec atrophie musculaire, perte ou dissociation de la sensibilité, etc., — la forme ulcéreuse ou lazarine, la forme ichtyosique et même la forme tuberculeuse ou phymatode. J'ai eu l'honneur de vous soumettre de nombreuses photographies, prises en Bretagne, et qui mettent ces assertions hors de toute contestation.

2° A côté des faits complets, classiques de la lèpre, il y en a, et c'est le plus grand nombre heureusement, qui sont *atténués*, *légers*, *frustes*. Mais la transition est établie ; toute la gamme s'y rencontre ; ce qui permet de rattacher à la même affection, à la lèpre, les cas même incomplets, à peine dessinés qui occupent les derniers degrés de l'échelle de gradation.

3° La plupart des malades considérés comme atteints d'une nouvelle maladie dite syringomyélie ne sont que des lépreux atteints de la forme anesthésique de Danielssen, parfois atténuée ou légèrement modifiée.

4° Nous pensons enfin que la *léprose* constitue, comme la scrofulose, une grande classe d'affections à laquelle il faudra y rattacher plusieurs autres maladies considérées aujourd'hui comme des entités morbides nouvelles et autonomes, parmi lesquelles, surtout la sclérodermie et ces états indéterminés que l'on désigne sous le nom de morphée, dont plusieurs ont conservé la sensibilité. Mais outre que l'absence d'un seul symptôme ne suffit pas pour autoriser la création d'une maladie distincte, il y a des lépreux évidents qui sont sensibles. Et d'autre part, parmi les malades atteints de morphée, il y en a dont les placards sont insensibles. — Voir la thèse du Dr Bouttier, 1886. — Il n'y a donc aucune raison pour distraire ces cas de la grande classe de la *léprose*. Tout au plus serait-on autorisé à former un chapitre de *lèpre esthésique* en opposition de la *lèpre anesthésique*, en supprimant une seule lettre, l'*a* privatif.

(1) 4 novembre 1892.

(2) Le professeur Pitres a même constaté le bacille.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

L'HYPERTROPHIE DE LA RATE DANS LA SYPHILIS ACQUISE

Par MM. **Ch. E. Quinquaud** et **M. Nicolle**.

I

Depuis longtemps on connaît l'hypertrophie de la rate dans l'hérédo-syphilis. Au cours de la syphilis acquise, elle a été notée par plusieurs auteurs ; mais l'étude méthodique n'en a pas été faite.

Lancereaux dit (Traité historique et pratique de la syphilis, 2e édition, 1874, p. 287), dans un paragraphe intitulé : Des affections syphilitiques des glandes vasculaires sanguines. Étude anatomique : « les altérations portent sur la trame fibreuse..... et consistent dans une formation conjonctive, diffuse ou circonscrite. L'altération diffuse est partielle ou générale, la glande malade s'injecte, augmente de volume dans une partie ou dans sa totalité..... Toutes les glandes vasculaires sanguines sont susceptibles de cette altération, qui est plus fréquente dans la rate et les ganglions lymphatiques. .

Les glandes lymphatiques ne sont pas seules soumises à ce mode d'altération, il y a tout lieu de croire que la rate et le corps thyroïde n'en sont pas précisément exempts. Il est de fait que l'augmentation de volume de ces derniers organes est fréquente dans le *dernier stade* de la syphilis. »

Le même auteur pense (communication orale) que la rate peut augmenter de volume dans les premiers stades.

M. le professeur Fournier a constaté également l'augmentation du volume de la rate dans certains cas de syphilis (communication orale).

A. Bianchi de Florence fit en 1888 une communication sur le même sujet (Seméiologie de la rate syphilitique. Travaux des congrès de médecine interne de Rome, 1888, p. 286, nº 91618 de la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris).

Il conclut de ses recherches : 1º Que dans la syphilis la rate augmente de volume ;

2º Que cette augmentation se produit surtout vers la colonne vertébrale, dépassant rarement en avant la ligne axillaire antérieure ;

3º La matité de la rate syphilitique serait toujours une matité *en forme de poire*. Cet aspect ne s'observe pas dans la blennorrhagie

ni dans le chancre vénérien, où l'on pourrait constater une augmentation *générale* de l'organe;

4° Cette hypertrophie atteindrait son maximum dans les cas graves, son minimum dans les cas de faible intensité.

5° On constate son maximum dans la 2e période, on peut même l'observer dans la phase tertiaire, mais l'hypertrophie disparaît avec les autres manifestations ;

6° Il est hors de doute que la matité diminue sous l'influence du traitement spécifique ; mais ici l'auteur se réserve de faire de nouvelles recherches (1).

Nous avons voulu ici rapporter l'opinion de Bianchi aussi complètement que possible, afin de bien établir que nos conclusions ne sont pas identiques aux siennes.

Le début de nos recherches date déjà de plusieurs années. Dans le premier semestre de 1888, en explorant systématiquement la rate chez les malades du service, nous avons été très vite frappés de l'hypertrophie qu'elle présente lors des premières manifestations secondaires de la syphilis.

Après nous être assurés de la constance de ce symptôme, nous avons cherché à en saisir l'apparition et à le suivre dans sa marche. L'étude de la période primaire nous a montré quand et comment se faisait le début de la splénomégalie; l'examen des syphilitiques tertiaires nous a révélé sa disparition complète (sauf dans des conditions spéciales) ; enfin, aux phases tardives de la période secondaire, nous avons assisté à sa décroissance.

Avant d'aller plus loin, nous devons dire un mot de l'exploration de la rate à l'état normal et à l'état pathologique.

II

Les auteurs ne sont pas bien d'accord sur l'existence d'une *matité splénique à l'état normal* et sur son étendue.

Nous avons examiné à ce point de vue un très grand nombre d'individus sains (ou du moins paraissant tels) et nous avons pu nous convaincre que dans la majorité des cas la région splénique est absolument sonore. Parfois cependant nous avons constaté un ou même deux (exceptionnellement trois) travers de doigt de matité sans y trouver de cause apparente. Nous croyons donc pouvoir admettre qu'une matité de quatre travers de doigt (matité généralement observée pendant les six premiers mois de la syphilis) est sûrement l'indice d'une hypertrophie et que le plus souvent, une matité moins

(1) Nous devons d'ailleurs faire remarquer que Bianchi *ne rapporte pas une seule observation* à l'appui de ses assertions.

étendue doit être tenue pour l'expression clinique d'une augmentation de volume (1). Disons de suite que les syphilitiques tertiaires se comportent absolument comme les sujets sains (abstraction faite de certains cas).

Nous pratiquons l'exploration de la rate en percutant la zone axillaire de haut en bas, *le malade étant debout* et légèrement penché à gauche (le bras relevé bien entendu). Nous n'attachons d'importance qu'à la hauteur de la matité au-dessus du rebord costal, hauteur que nous évaluons simplement en travers de doigt pour rester dans la grosse séméiologie.

Le *degré de matité* observé varie un peu suivant les sujets ; ce qui varie moins, ici comme ailleurs, c'est la sensation de *résistance sous le doigt*. Parfois la rate ne descend pas jusqu'au rebord costal (2), jamais elle ne nous a paru le dépasser (même à la palpation, le malade étant couché).

Presque tous nos malades ont été examinés par d'autres que par nous et nous n'avons jamais constaté de différence importante en comparant leurs résultats aux nôtrss.

Enfin toutes les observations concernant des individus atteints antérieurement de paludisme (même douteux) ont été soigneusement éliminées ; et, dans les autres, on a toujours noté les antécédents des malades, antécédents qui sembleront certainement sans influence en présence du fait constant de l'hypertrophie splénique dans les phases initiales de la syphilis. Nous allons montrer maintenant, aussi brièvement que possible, comment évolue cette hypertrophie.

III

Pendant la *période primaire* on peut observer lors de l'entrée du malade (déjà porteur du chancre et de l'adénopathie correspondante) *trois phénomènes différents :* ou bien la région splénique n'est le siège d'aucune matité, et l'on verra celle-ci se développer progressivement, — ou bien il existe une matité peu étendue, qui s'accroîtra par la suite d'une façon très appréciable, — ou bien enfin la splénomégalie, déjà confirmée, restera telle jusqu'à la poussée secondaire ou n'éprouvera qu'une légère augmentation, soit au moment de la première éruption, soit quelque temps auparavant.

Nous rapportons plus loin deux observations répondant au *premier groupe* de cas. Dans ces deux faits le chancre datait de trois se-

(1) Une matité inférieure à quatre travers de doigt est l'indice certain d'une hypertrophie quand elle se développe au cours de la période primaire, comme dans la première de nos observations.

(2) Elle peut l'atteindre dans les jours qui suivent le premier examen.

maines (au dire des malades) et la rate n'était pas encore perceptible à la percussion : elle l'est devenue peu après lors des première manifestations cutanées. Cette apparition rapide d'une matité splénique, nous l'avons également constatée chez d'autres individus porteurs de chancres indurés typiques ; mais comme nous n'avons pas suivi ces malades jusqu'à la période exanthématique, nous n'avons pas cru devoir publier leurs observations, afin d'éviter l'objection tirée d'une erreur possible dans le diagnostic.

La même réflexion s'applique à la *seconde catégorie* de syphilitiques primaires, chez lesquels nous avons constaté l'augmentation d'une matité splénique existant déjà lors de l'entrée. Nous n'en donnons que trois cas, bien que nous en possédions d'autres dans lesquels le diagnostic d'accident primitif n'aurait fait de doute pour personne. Tel le suivant :

L..., Marie, 23 ans, nourrice. Entrée le 2 juillet 1890. Chancre de la lèvre supérieure avec œdème très accentué de la région. Le chancre date de 10 jours et s'accompagne d'un ganglion situé dans la région sous-maxillaire gauche. (Le père de l'enfant que nourrissait la malade s'est refusé à nous renseigner sur l'état du nourrisson.) Matité splénique de 2 *travers de doigt*.

Le 7 juillet, matité de 3 *travers de doigt*. Le 15 juillet, 4 *travers de doigt*. Le 18 juillet, amélioration du chancre. *Apparition d'une double adénopathie sus-claviculaire*. Rate : 5 *travers de doigt*. Le 26 juillet, rate 5 travers de doigt. Le 12 août, 5 travers de doigt. La malade sort du service et malgré sa promesse n'est pas revenue nous voir.

Dans l'observation qui précède nous pourrions faire valoir à l'appui de notre diagnostic l'apparition de ganglions sus-claviculaires qui constitue une véritable manifestation secondaire. On retrouvera semblables adénopathies précédant les accidents cutanés dans plusieurs cas du groupe suivant.

Ce groupe, plus important numériquement que les deux précédents, répond à des splénomégalies bien confirmées. Il s'agit là en effet d'une matité qui atteint cinq travers de doigt dans le plus grand nombre des cas et qui ne descend jamais au-dessous de quatre. Le maximum s'observe, comme nous le disions plus haut, tantôt lors de l'exanthème, tantôt auparavant. Il est vrai que cet exanthème est loin de constituer toujours le premier signe de la période secondaire, puisqu'il est souvent devancé soit par des adénopathies, soit par des céphalées. Pour nous, du reste, *le véritable symptôme initial de la période secondaire au point de vue clinique, c'est l'hypertrophie de la rate*, hypertrophie *pathognomonique de l'infection générale*.

Grâce à ce signe le *diagnostic* de syphilis est possible un certain temps avant l'éruption, temps essentiellement variable et qui dépend, bien entendu, de l'époque à laquelle se présente le malade. Ce diagnos-

tic avant la poussée secondaire se basera donc : sur une splénomégalie confirmée, si l'on est déjà en pleine période primaire, — sur le développement de cette splénomégalie (développement absolument caractéristique), quand le chancre est plus récent.

Il va sans dire que toute tentative d'*éradication* du chancre, et surtout du chancre et du ganglion anatomique, nous paraît contre-indiquée lorsque la rate est nettement hypertrophiée. Si la matité est peu considérable l'hésitation peut être permise, et pour notre part nous serions assez partisans de l'intervention, car elle nous a toujours paru atténuer les manifestations ultérieures. Enfin, s'il n'existe pas trace de matité splénique, nous croyons qu'on doit toujours pratiquer l'éradication puisque c'est dans ce cas-là qu'elle a le plus de chance d'être efficace.

IV

Lorsque les malades se présentent *au début de la période secondaire* on rencontre constamment l'hypertrophie de la rate ; c'est là un fait qui ne nous a jamais paru faire défaut, et cela sur un nombre considérable de syphilitiques observés depuis 1888. Nous avons cru inutile de fournir plus d'une cinquantaine de cas à l'appui de notre opinion. Ces cas se rapportent pour la plupart à des individus encore porteurs de l'accident primitif ; chez d'autres, cet accident était représenté par une cicatrice récente ; enfin parfois toute trace du chancre avait disparu, mais on retrouvait le ganglion anatomique caractéristique ou bien les anamnestiques ne laissaient aucun doute sur l'époque de début du chancre. Ces derniers faits ont trait à des femmes et nous avons tenu à les faire figurer ici pour ne pas établir une trop grande différence numérique entre les observations de l'un et l'autre sexe.

Toutes ces observations répondent aux trois premiers mois de la syphilis, c'est-à-dire à la phase essentiellement jeune de l'infection générale. Toujours nous avons constaté une matité splénique atteignant le plus souvent quatre travers de doigt, et assez fréquemment cinq ; rarement elle s'est montrée inférieure à quatre ou supérieure à cinq. L'étude systématique de presque tous les syphilitiques secondaires entrés dans le service durant ces dernières années corrobore pleinement le résultat des observations que nous publions aujourd'hui. Dans certaines d'entre elles, on pourra peut-être s'étonner de voir la splénomégalie augmenter ou diminuer un peu dans le temps qui a suivi le premier examen des malades. Nous n'attachons aucune importance à ces différences, toujours légères ; elles tiennent bien plutôt, croyons-nous, à l'observateur qu'à l'organe observé.

Il est donc bien établi que pendant le début de la phase exanthématique la rate est toujours hypertrophiée. Cette hypertrophie, comme

il est facile de s'en convaincre en lisant les faits que nous rapportons, n'offre aucun rapport soit avec le nombre, le siège, la durée des accidents primitifs; soit avec la nature ou l'étendue des éruptions; soit enfin avec les troubles fonctionnels ou généraux. Elle évolue pour elle-même et parallèlement aux symptômes dont elle a devancé l'apparition. Le traitement, à cette époque du moins, ne paraît avoir aucune prise sur elle.

Que devient l'hypertrophie de la rate après les trois premiers mois? Combien dure-t-elle? Quand disparaît-elle, et disparaît-elle toujours avant la période tertiaire? Toutes ces questions sont difficiles à trancher pour deux raisons : d'abord plus la syphilis est ancienne et moins on a de chances de remonter à la date exacte de son début, d'où la rareté relative des observations utilisables; ensuite il semble bien prouvé, et c'était à prévoir, que l'évolution de la splénomégalie varie beaucoup d'un malade à l'autre.

Nous rapportons plus loin plusieurs cas datant de quatre, cinq, six, sept et huit mois (1). Bien que leur nombre ne soit pas considérable, ils paraissent bien montrer que jusqu'aux environs du sixième mois, la splénomégalie se maintient à peu près dans les limites ordinaires, mais qu'ensuite elle tend à disparaître, au moins chez certains individus. C'est ainsi qu'au huitième mois nous trouvons une matité tantôt de quatre travers de doigt, tantôt de deux seulement. Il y aurait évidemment de nouvelles recherches à faire pour les phases tardives de la période secondaire, mais ces recherches seront toujours très ingrates, le nombre des malades qu'on peut suivre plus d'un an à l'hôpital étant fort restreint. D'ailleurs, répétons-le, l'hypertrophie de la rate paraît évoluer d'une façon très variable suivant les malades (2).

V

C'est ce que démontre l'étude des *syphilitiques tertiaires*. La majorité d'entre eux, comme nous l'avons dit en commençant, se comporte absolument comme les sujets sains au point de vue de l'état de la rate. Mais dans certains cas, et ces cas ont trait à des *syphilis malignes*, on peut constater encore de la splénomégalie en pleine phase tertiaire. Nous publions trois observations des plus probantes à cet égard, puisqu'après deux, trois et même quatre ans la rate avait conservé six travers de doigt de matité chez un des malades et quatre chez les deux autres. Nous possédons d'autres observations du même genre, mais où l'âge de l'affection n'a pu être rigoureusement établi.

(1) Dans un cas où la syphilis remontait à seize mois, la rate n'offrait à la percussion qu'une étendue de deux travers de doigt.

(2) Le traitement doit avoir une part dans la disparition plus ou moins rapide de la splénomégalie lorsqu'il ne s'agit de syphilis particulièrement malignes.

VI

Nous résumerons comme il suit le résultat de nos recherches :

La rate, au cours de la syphilis acquise, se montre constamment hypertrophiée. Cette hypertrophie débute à la période primaire, quelque temps après l'apparition du chancre et l'adénopathie correspondante et devance l'éclosion des accidents secondaires. Dans les premiers mois de la phase exanthématique la rate reste grosse (en général quatre travers de doigt de matité) et son volume ne paraît nullement en rapport, *à ce moment*, avec l'intensité des manifestations syphilitiques ; il ne semble point non plus modifié par le traitement. A la fin de la première année, la splénomégalie commence à diminuer, au moins chez un certain nombre de sujets. Elle disparaît ultérieurement, sauf dans les cas de syphilis malignes où elle peut persister en pleine période tertiaire.

La constatation d'une hypertrophie splénique ou de son développement progressif permettra de porter le diagnostic de syphilis à la période primaire. Dans tous les cas de chancres mous observés par nous soit autrefois, soit récemment (pour vérifier la découverte du strepto-bacille de M. Unna), l'hypertrophie de la rate faisait constamment défaut. Citons par exemple le fait suivant :

C..., Nicolas, 64 ans. Entré le 17 novembre 1890. Chancre induré en 1868. Il y a 5 ans, gommes de la peau traitées à St-Louis (cicatrices). Actuellement trois chancres mous (inoculation positive). Pas de matité splénique.

Ce cas est doublement intéressant en ce qu'il montre l'absence de matité splénique chez un tertiaire porteur de chancres mous.

A la période secondaire, quand il n'existe point de manifestations ou lorsqu'on se trouve en présence d'accidents d'aspect douteux, la constatation d'une hypertrophie splénique peut être d'un grand secours, car cette hypertrophie représente, comme l'adénopathie générale, un *symptôme permanent d'infection.*

Enfin, au point de vue de l'éradication, l'absence de toute matité splénique constitue une indication, la présence d'une hypertrophie confirmée une contre-indication.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

PÉRIODE PRIMAIRE

Premier groupe. Obs. I. — B..., 45 ans. Entré le 26 octobre 1891. Fièvre typhoïde à 10 ans. Chancres mous à 20 ans. Chancre du prépuce datant

de 3 semaines. Adénopathie inguinale bilatérale peu marquée. Pas de matité splénique.

Le 18 novembre, éruption papuleuse discrète sur le tronc. Matité splénique de 3 travers de doigt. Exeat.

Obs. II. — A..., Jean, 22 ans. Entré le 13 juin 1888. Fièvre typhoïde à 18 ans. Un chancre du fourreau et un chancre du prépuce datant de 3 semaines. Adénopathie inguinale bilatérale. Pas de matité splénique.

22 juin. Éruption polymorphe. Matité splénique de 4 travers de doigt commençant un peu au-dessus du rebord costal.

2 juillet. Matité splénique de 5 travers de doigt. Le 13 juillet, chancres très améliorés. Adénopathie générale. Rate, 5 travers de doigt. Exeat.

Second groupe. Obs. I. — G..., 25 ans. Entré le 23 avril 1890. Antécédents nuls. Chancre de la lèvre inférieure (contamination par la pipe de son frère traité récemment dans le service pour des plaques buccales), datant de 3 semaines. Adénopathie sous-maxillaire droite. Matité splénique de 2 travers de doigt 1/2. Le 28 avril. Rate : 4 travers de doigt 1/2. Le 6 mai. Amélioration du chancre. Le 19 mai. Début d'éruption polymorphe. Rate : 6 bons travers de doigt. Exeat.

Obs. II. — C..., François, 30 ans. Entré le 5 juin 1890. Variole étant jeune. Un chancre sur le prépuce et un autre dans le sillon balano-préputial. Un ganglion dans l'aine droite depuis 8 jours. Matité splénique de 3 travers de doigt commençant à un travers de doigt au-dessus du rebord costal. Le 9 juin. Amélioration des chancres. Rate : 4 travers de doigt (la matité commence à présent au niveau du rebord costal). Le 17 juin. Adénopathie inguinale bilatérale. Rate : 6 travers de doigt. Traitement : emplâtre au calomel. Le 23 juin. Rate : 6 travers de doigt. Le 10 juillet. Adénopathie générale. Éruption papuleuse. Rate : 6 travers de doigt ; chancres presque guéris. Exeat.

Obs. III. — T..., Augustine, 18 ans. Entrée le 8 octobre 1890. Enceinte de 5 mois 1/2. Chancre du mamelon gauche datant d'un mois. Petit ganglion dans l'aisselle gauche. Matité splénique de 2 travers de doigt 1/2. Le 27 octobre, cicatrisation du chancre. Rate : 4 travers de doigt. Le 7 novembre. Plaques vulvaires. Pigmentation cervicale. Adénopathie cervicale légère. Rate : 4 travers de doigt. Le 14 novembre, fausse couche (passage dans le service d'accouchements).

Troisième groupe. Obs. I. — M..., Marie, 19 ans. Entrée le 30 décembre 1890. A. N. (1). Chancre de la grande lèvre droite datant de 15 jours. Adénopathie inguinale bilatérale avec ganglion anatomique à droite. Rate, 4 T. D. (2). Le 10 janvier.

Céphalées. Plaques anales. Adénopathie axillaire droite. Rate, 4. T. D. Exeat.

Obs. II. — H..., Ernest, 27 ans. Entré le 6 août 1890. Chancre mou et bubon il y a 5 ans. Chancre du fourreau (à droite et en avant) datant de 3 semaines. Adénopathie inguinale bilatérale. Rate, 4 T. D. Le 12 août.

(1) A. N. : Antécédents nuls.
(2) T. D. : travers de doigt (matité).

Rate, 4 T. D. 1/2. Le 17 août. Début d'adénopathie axillaire. Rate, 4 T. D. 1/2. Le 24 août. Début d'une éruption polymorphe. Chancre en voie de guérison. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. III. — C..., Frédéric, 22 ans. Entré le 6 août 1890. Blennorrhagie l'an dernier. Chancre du méat datant d'un mois. Ganglion anatomique dans l'aine droite. Rate, 4 T. D. Le 12 août. Rate, 4 T. D. 1/2. Le 17 août. Début d'adénopathie cervicale et axillaire. Rate, 4 T. D. 1/2. Le 24 août. Début de roséole. Rate, 4 T. D. 1/2. Exeat.

Obs. IV. — D..., Léon, 18 ans. Entré le 9 juillet 1890. Scarlatine il y a 8 ans. Chancre du gland (gauche) datant d'un mois. Adénopathie inguinale bilatérale avec gànglion anatomique gauche. Rate, 5 T. D. Le 19 juillet. Début d'adénopathie axillaire. Rate, 5 T. D. Le 4 août. Roséole. Adénopathie axillaire très nette. Rate, 5 T. D.

Obs. V. — P..., Uros, 31 ans. Entré le 8 septembre 1891. A. N. Chancre balano-préputial datant de 15 jours. Adénopathie inguinale bilatérale. Rate, 4 T. D. Traitement : Van Swieten. Le 28 septembre. Début de roséole. Rate, 5 T. D. Le 31 octobre, quelques papules ; adénopathie générale. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. VI. — J..., Eugène, 20 ans. Entré le 16 septembre 1891. Blennorrhagie l'an dernier. Chancre du prépuce datant de 3 semaines. Adénopathie inguinale bilatérale. Rate, 4 T. D. Le chancre est excisé le 18 septembre. Le 28 septembre. Quelques papules miliaires. Rate, 5 T. D. Le 1er octobre. Adénopathie cervicale gauche. Le 16 octobre. Éruption papulo-squameuse et acnéiforme. Adénopathie générale. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. VII. — S..., Albert, 26 ans. Entré le 8 septembre 1891. Fièvre typhoïde à 12 ans. Chancre du dos de la verge datant de 1 mois. Adénopathie générale (sauf l'épitrochlée droite). Rate, 4 T. D. Le 3 octobre. Chancre quasi-guéri. Plaques amygdaliennes. Le 8 octobre. Papules disséminées. Plaques entre les orteils. Alopécie. Céphalée. Rate, 5 T. D. Traitement : protoiodure, 0 gr. 05. Le 24 octobre. Céphalées, courbature. Plaques des orteils améliorées. Rate 5 T. D. 1/2. Le 20 novembre. Plaques buccales. Amélioration des plaques des orteils. Rate, 5 T. D. 1/2. Exeat.

Obs. VIII. — B..., Victor, 23 ans. Entré le 14 novembre 1890. Blennorrhagie il y a 3 ans. Chancre de la lèvre inférieure datant d'un mois. Adénopathie cervicale. Rate, 4 T. D. Le 24 novembre. Roséole au début. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. IX. — J..., 26 ans. Entré le 13 août 1890. A. N. Chancre du gland depuis 3 semaines. Adénopathie inguinale bilatérale. Rate, 5 T. D. Le 24 août. Adénopathie axillaire et cervicale légère. Début de roséole. Rate, 5 T. D. Le 29 août. Papules scrotales. Rate. 5 T. D. Traitement mixte. Le 1er septembre. Rate, 5 T. D Exeat.

Obs. X. — V..., Marie, 23 ans. Entrée le 19 novembre 1890. Rhumatisme articulaire à 18 ans. Chancre de la petite lèvre gauche datant de 15 jours. Céphalées. Adénopathie inguinale gauche. Rate, 5 T. D. Le 4 décembre. Quelques papules disséminées. Le 8 décembre. Rate, 5 T. D. Exeat

Obs. XI. — C..., Louise, 21 ans. Entrée le 30 octobre 1890. Variole à 8 ans. Chancre de l'amygdale droite datant de 5 semaines. Adénopathie cervicale bilatérale. Dysphagie. Douleurs d'oreilles. Céphalées. Rate,

4 T. D. Le 4 décembre. Plaques amygdaliennes; adénopathie axillaire droite. Rate, 4 T. D. Exeat.

Obs. XII. — R..., 18 ans. Entrée le 25 octobre 1890. A. N. 2 chancres de la fourchette et un de la petite lèvre droite datant de 15 jours (contamination par son mari, traité dans le service en avril dernier). Adénopathie inguinale bilatérale. Céphalée. Rate, 4. T. D. Enceinte de 3 mois. Traitement mixte. Le 7 novembre. Quelques éléments miliaires. Alopécie. Rate, 5 T. D. Le 19 décembre. Plaques buccales. Le 5 janvier 1891 Éruption disparue. Adénopathie cervicale. Douleurs articulaires généralisées. Lassitude. Rate, 5 T. D. Sortie peu de jours plus tard.

Obs. XIII. — R..., Albert, 26 ans. Entré le 14 août 1890. A. N. Chancre du méat datant d'un mois. Ganglion anatomique à gauche. Rate, 4 T. D. Le 18 août. Début de papules. Adénopathie inguinale droite, axillaire et cervicale. Rate, 4 T. D. Exeat.

PÉRIODE SECONDAIRE

Premier groupe. Obs. I. — R..., Georgette, 20 ans. Entrée le 17 décembre 1890. A. N. (1). Chancre de la petite lèvre gauche datant d'un mois (1). Roséole. Adénopathie générale (2). Rate, 4 T. D. Le 2 janvier 1891. Roséole plus abondante. Rate, 5 T. D. Traitement mixte. Le 18 janvier. Roséole presque disparue. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. II. — L..., 36 ans. Entrée le 6 août 1890. A. N. Chancre de la lèvre inférieure datant de 3 semaines. Adénopathie sous-maxillaire seule. Syphilides papuleuses de la nuque. Rate, 4 T. D. Exeat le 14 août. Rentrée le 21 janvier 1891 Rate, 4 T. D. Il y a 2 mois, plaques vulvaires. Papules disséminées actuellement. A mal suivi son traitement.

Obs. III. — B... Entré le 4 juillet 1888. Bronchitique. Chancre balano-préputial (gauche) datant de 3 mois. Roséole il y a 3 semaines (disparue). Adénopathie inguinale seule. Papules généralisées. Rate, 4 T. D. Le 13 juillet. Rate, 4 T. D. Exeat.

Obs. IV. — A..., Ernest, 35 ans. Entré le 4 juin 1890. Chancre mou et bubon en 1876. Fièvre jaune en 1879. Chancre balano-préputial datant d'un mois. Éruption polymorphe depuis 8 jours. Plaques amygdaliennes. Adénopathie inguinale seule. Rate, 3 T. D. 1/2. Traitement par l'emplâtre de calomel. Le 10 juin. Amélioration du chancre et de l'éruption. Rate, 4 T. D. Exeat.

Obs. V. — B..., Henri, 27 ans. Entré le 25 juin 1890. A N. Chancre du gland datant de 2 mois. Adénopathie inguinale seule. Roséole récente. Rate, 5 T. D. Sort peu de jours après.

Obs. VI. — C..., Alcide, 23 avril 1890. Pneumonie le mois dernier. Chancre de la lèvre inférieure dont le début est impossible à préciser. Adénopathie angulo-maxillaire gauche; cervicale, inguinale et axillaire bilatérales. Éruption polymorphe. Plaques muqueuses péniennes. Rate,

(1) Au dire de la malade. Même remarque pour les autres observations,

(2) C'est-à-dire inguinale, axillaire, cervicale et épitrochléenne,

5 T. D. Traitement : protoiodure, 0 gr., 05. Le 6 mai. Rate, 5 T. D. 1/2. Le 19 mai. Rate, 5 T. D. 1/2. Exeat.

Obs. VII. — C..., Alfred, 31 ans. Entré le 16 avril 1890. A. N. Chancre du fourreau datant d'un mois. Traces de roséole. Papules et mal de gorge depuis quelques jours. Adénopathie inguinale et axillaire. Rate, 5 T. D. (matité commençant un peu au-dessus du rebord costal). Sorti peu de temps après.

Obs. VIII. — R..., Marie, 20 ans. Entrée le 7 mai 1890. A. N. Chancre de la lèvre supérieure datant d'un mois et demi. Adénopathie sous-maxillaire seule. Roséole. Plaques anales. Rate, 4 T. D. Traitement mixte. Le 20 mai. Une plaque sur l'amygdale gauche. Rate, 4 T. D. Le 2 juin, disparition de cette plaque. Exeat. Rate, 4 T. D.

Obs. IX. — B..., Henri, 32 ans. Entré le 14 mai 1890. A. N. 2 chancres de la verge (gland et frein) datant de 3 semaines. Éruption polymorphe depuis 8 jours. Adénopathie générale. Rate, 4 T. D. Sorti quelques jours plus tard.

Obs. X. — F..., Joséphine, 21 ans. Entrée le 26 janvier 1889. A. N. Chancre du triangle de Scarpa, datant de plus d'un mois. Roséole récente. Adénopathie générale (dans l'épitrochlée gauche). Plaques vulvaires. Rate, 6 T. D. Exeat quelques jours après.

Obs. XI. — T..., Baptiste, 22 ans. Entré le 22 janvier 1889. Pleurésie (?) il y a 2 ans. Chancre du sillon naso-labial droit et chancre de la tempe droite datant de 2 mois. Roséole depuis 15 jours. Céphalées depuis 8 jours. Adénopathie générale. Rate, 5 T. D. Exeat peu de jours plus tard.

Obs. XII. — V..., Eugène, 28 ans. Entré le 9 avril 1890. A. N. Chancre du dos de la verge datant de 2 mois. Depuis 15 jours, éruption papuleuse généralisée; plaques bucco-pharyngées, céphalées. Adénopathie générale. Rate, 6 T. D. Traitement : protoiodure, 0 gr. 05. Le 21 avril. Amélioration de l'accident primitif et des éruptions. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. XIII. — L..., Victor, 22 ans. Entré le 24 juillet 1890. A. N. Chancre de la lèvre supérieure datant d'un mois. Éruption papuleuse datant de quelques jours. Adénopathie cervicale, axillaire et inguinale. Rate, 4 T. D. Traitement : protoiodure, 0 gr. 05. Le 4 août. Éruption plus abondante, chancre amélioré. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. XIV. — H..., Mathilde, 20 ans. Entrée le 7 mai 1890. A. N. Chancre induré de la lèvre inférieure datant d'un mois. Roséole. Adénopathie inguinale, axillaire et cervicale. Traitement : emplâtre de calomel. Rate, 5 T. D. 1/2. Le 26 mai. Plaques amygdaliennes. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. XV. — L..., Rénée, 20 ans. Entrée le 14 mai 1890. A. N. Chancre de la pointe de la langue, dont la malade ne s'est aperçue qu'il y a 8 jours. Céphalées depuis 3 semaines. Quelques papules sur le corps. Adénopathie sus-hyoïdienne seule. Rate, 4 T. D. 1/2 (matité commençant un peu au-dessus du rebord costal). Le 19 mai, plaques buccales. Traitement : emplâtre de calomel. Le 26 mai. Rate, 4 T. D. Exeat. (Depuis lors, apparition d'une syphilide pigmentaire du cou.)

Obs. XVI. — E..., Alfred, 30 ans. Entré le 14 juillet 1890. A 24, 25 et 27 ans, pleurésies (?). A 23 ans, fièvre typhoïde. Chancre de la lèvre inférieure datant de 6 semaines. Depuis 8 jours, éruption papuleuse discrète et

périostite sternale. Adénopathie générale. Rate, 3 T. D. 1/2. Signes de tuberculose. Traitement mixte. Le 12 août. Amélioration du chancre et des accidents secondaires. Rate, 4 T. D. Exeat.

Obs. XVII. — D..., Georges, 26 ans. Entré le 1er mai 1890. A. N. Chancre de la lèvre inférieure datant de 3 semaines. Roséole. Adénopathie sous-maxillaire droite seule. Rate, 4 T. D. Exeat peu de jours après.

Obs. XVIII. — D..., 49 ans. Entré le 11 juin 1890. A. N. Chancre du fourreau récent. Roséole. Plaques anales. Céphalées. Alopécie et croûtes du cuir chevelu. Rate, 4 T. D. Exeat peu de temps après.

Obs. XIX. — G..., 27 ans. Entré le 11 juin 1890. A. N. Chancre du fourreau récent. Roséole. Rate, 4 T. D. Exeat peu de jours après.

Obs. XX. — V..., Eugène, 19 ans. Entré le 16 avril 1890. A. N. Chancre balano-préputial récent. Éruption papuleuse et plaques buccales et anales depuis 15 jours. Traces de roséole. Adénopathie inguinale, cervicale et axillaire. Rate, 6 T. D. Le 22 avril, frictions mercurielles. Le 25 avril. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. XXI. — G..., 44 ans. Entré le 14 octobre 1891. Saturnin (coliques à plusieurs reprises). Chancre de la lèvre inférieure datant de 5 semaines. Ganglion anatomique seul. 3 ou 4 papules. Rate, 5 T. D. Traitement : frictions. Le 13 novembre. Adénopathie cervicale double. Rate, 4 T. D. Le 17 décembre. Mal de gorge. Exeat.

Obs. XXII. — G..., 31 ans. Entré le 17 novembre 1891. Éthylique. Chancre du fourreau (gauche) récent. Rougeole. Adénopathie générale (sauf l'épitrochlée droite). Rate, 5 T. D. (matité commençant un peu au-dessus du rebord costal). Sorti quelques jours après.

Obs. XXIII. — C..., 38 ans. Entré le 28 septembre 1891. A. N. Chancre du prépuce datant de 3 semaines. Éruption polymorphe. Plaques buccales. Adénopathie inguinale bilatérale. Rate 3 T. D. Sorti peu de jours après.

Obs. XXIV. — R..., Louis, 22 ans. Entré le 6 août 1890. A. N. Chancre de la verge datant de 2 mois (rougeur et induration persistante). Roséole. Plaques buccales. Adénopathie générale (sauf l'épitrochlée gauche). Rate 5 T.D. Traitement : protoiodure, o gr. 05. Le 17 août. Roséole très améliorée. Rate, 5 T. D. Le 24 août. Rate, 5 T. D. Le 3 septembre. Éruption presque disparue. Rate, 4 T. D. Exeat.

Obs. XXV. — B..., 19 ans. Entré le 27 août 1890. Pneumonie il y a 3 ans. Chancre de la partie inférieure de la verge depuis 2 mois. Quelques papules. Adénopathie inguinale axillaire et épitrochléenne. Rate, 5 T. D. Traitement mixte. Le 1er septembre. Rate, 6 T. D. Exeat.

Obs. XXVI. — V..., 26 ans. Entré le 27 août 1890. A. N. Chancre du menton depuis 2 mois. Papules disséminées. Adénopathie générale. Rate, 4 T.D. Traitement : protoiodure, 0 gr. 05. Le 1er septembre. Nouvelles papules. Rate, 5 T. D.. Exeat.

Obs. XXVII. — E..., Joseph, 29 ans. Entré le 14 août 1890. A. N. Chancre de la verge depuis 3 semaines. Roséole. Adénopathie axillaire et inguinale. Rate, 4 T. D. Le 21 août. Rate, 4 T. D. Plaques anales. Chancre amélioré. Exeat.

Obs. XXVIII. — C..., Constant, 26 ans. Entré le 10 septembre 1890, A. N. Chancre du repli balano- préputial, depuis 15 jours. Adénopathie

inguinale bilatérale. Roséole au début. Rate, 5 T. D. Exeat peu de jours après.

Obs. XXIX. — T..., Georges, 20 ans. Entré le 8 décembre 1890. A.N. 2 chancres du fourreau datant d'un mois. Adénopathie générale. Éruption papuleuse discrète. Rate, 4 T. D. Le 19 décembre. Quelques taches roséoliques. Rate, 4 T. D. Le 5 janvier 1891. Rate, 4 T. D.

Obs. XXX. — G..., Henry, 30 ans. Entré le 1er octobre 1890. A.N. Chancre de la rainure il y a 2 mois (cicatrice récente). Depuis 15 jours, syphilides palmaires et plantaires, arthralgies, vertiges passagers. Roséole. Quelques papules disséminées sur le corps. Rate, 5 T. D.

Obs. XXXI. — B..., 34 ans. Entré le 2 août 1890. Chancres mous en 1883. Chancre de la verge il y a 2 mois (cicatrice récente.) Roséole depuis un mois; plaques amygdaliennes. Adénopathie inguinale, cervicale, axillaire. Rate, 5 T. D. Traitement : Emplâtre au calomel. Le 1er septembre, poussée de papules. Rate, 5 T. D.

Obs. XXXII. — W..., Alfred, 22 ans. Entré le 10 septembre 1890. A. N. 2 chancres de la verge datant de 2 mois 1/2, soignés au Midi. Depuis le début le malade prend 2 pilules de protoiodure de 0 gr. 05 par jour. Papules depuis 3 semaines. Rate, 4 T. D. Exeat quelques jours plus tard.

Obs. XXXIII. — E..., Marie, 36 ans. Entrée le 8 novembre 1890. A. N. Chancre situé au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus droit (contamination obscure) datant d'un mois. Adénopathie épitrochléenne correspondante ; adénopathie cervicale gauche. Rate, 4 T. D. Quelques papules disséminées. Plaques vulvaires. Traitement mixte. Le 29 décembre, cicatrisation du chancre. Adénopathie cervicale droite et axillaire bilatérale. Plaques amygdaliennes. Guérison des syphilides vulvaires. Rate, 4 T. D. Exeat.

Obs. XXXIV. — S..., Eugène, 23 ans. Entré le 6 octobre 1891. A. N. Chancre du prépuce il y a 3 mois (cicatrice nette), soigné à St-Louis. Roséole en voie de décroissance. Adénopathie générale (sauf l'épitrochlée). Plaques amygdaliennes. Douleurs aux genoux. Rate, 4 T. D. Traitement : liqueur de Van Swieten. Le 25 octobre. Rate, 4 T. D. Exeat.

Obs. XXXV. — D..., Alphonse, 20 ans. Entré le 15 août 1891. Strumeux (un ganglion tuberculeux dans la région sous-maxillaire gauche). Chancre balano-préputial il y a 3 mois (cicatrice nette). Adénopathie générale (sauf l'épitrochlée). Plaques buccales ; céphalées ; syphilide granuleuse disséminée. Rate, 4 T. D. Traitement mixte. Le 20 septembre. Rate, 4 T. D. 1/2. Le 17 octobre. Rate, 5 T. D. Éruption diminuée. Exeat.

Obs. XXXVI. — D..., 30 ans. Entré le 2 novembre 1891. A. N. Chancre du prépuce il y a 2 mois (cicatrice récente). Adénopathie générale (sauf l'épitrochlée). Plaques de Legendre. Plaques buccales et anales. Plaques des orteils. Rate, 3 T. D. 1/2. Sorti peu de jours après.

Obs. XXXVII. — P..., Léon, 30 ans. Entré le 8 septembre 1891. A. N. 2 chancres de la verge il y a 2 mois (cicatrice nette). Adénopathie inguinale bilatérale. Roséole. Rate, 4 T. D. Traitement : emplâtre au calomel. Le 18 septembre. Adénopathie cervicale et axillaire. Le 16 novembre. Adénopathie générale. Rate. 4 T. D. Exeat.

Obs. XXXVIII. — B..., Jean, 20 ans. Entré le 6 octobre 1891. A. N. Chancre de la verge il y a 2 mois 1/2 (cicatrice nette). Éruption poly-

morphe. Plaques amygdaliennes. Céphalées. Anémie. Adénopathie générale. Rate, 4 T. D. Traitement : liqueur de Van Swieten. Le 31 octobre. Amélioration de l'éruption, disparition des céphalées. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. XXXIX. — M..., Alfred, 26 ans. Entré le 13 juin 1888. Fièvre typhoïde à 16 ans. Chancre du gland il y a 1 mois (cicatrice récente). Roséole. Adénopathie généralisée. Rate, 6 T. D. Le 7 juillet. Éruption presque disparue. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. XL. — B..., 34 ans. Entré le 9 avril 1890. A. N. Chancre de la verge il y a 2 mois (cicatrice nette). Éruption polymorphe. Adénopathie générale. Rate, 4 T. D. Sort peu de jours après.

Obs. XLI. — M..., Clotilde, 25 ans. Entrée le 5 juin 1890. A.N. Chancre de la lèvre inférieure il y a 3 mois, traité à St-Louis (la malade s'est soignée pendant un mois). Actuellement, cicatrice du chancre et. au voisinage, syphilide secondaire chancriforme récente. Adénopathie sous-maxillaire. Rate, 4 T. D. Traitement mixte. Le 16 juin. Plaques amygdaliennes, céphalée. Rate, 4 T. D. Le 30 juin. Amélioration de la plaque labiale. Céphalées disparues. Rate, 4 T. D. ; adénopathie axillaire et centrale. Le 21 juillet. Disparition des plaques amygdaliennes et de la plaque labiale. Rate, 4 T. D. Exeat.

Obs. XLII. — X..., 21 ans. Entré le 25 avril 1888. Fièvre typhoïde à 15 ans. 2 chancres de la lèvre inférieure datant d'un mois. Adénopathie sous-maxillaire gauche. Roséole récente. Plaques muqueuses buccales Rate, 4 T. D. Sorti quelques jours après.

Obs. XLIII. — E..., 18 ans. Entré le 16 septembre 1891. A. N. Chancre du fourreau récent. Adénopathie inguinale bilatérale. Roséole datant de quelques jours. Rate, 4 T. D. Exeat quelques jours plus tard.

Obs. XLIV. — A..., Georgette, 18 ans. Entrée le 19 novembre 1890. A. N. Il y a 3 semaines, « grosseur » dans l'aine gauche. Depuis quelques jours, plaques vulvaires. Éruption polymorphe. Céphalées. Alopécie. Adénopathie générale avec ganglion anatomique dans l'aine gauche. Rate, 4 T. D. Sortie peu de temps après.

Obs. XLV. — G..., Marie, 19 ans. Entrée le 11 juillet 1888. A. N. Il y a 3 mois, « glande » dans l'aine droite. Un mois après, éruption cutanée buccale et vulvaire. Depuis 15 jours, céphalées. État anémique assez marqué, Actuellement traces de roséole et adénopathie inguinale droite isolée. Rate, 4 T. D. Le 13 juillet. Rate, 4 T. D. Exeat.

Obs. XLVI. — A..., Caroline, 23 ans. Entrée le 19 mai 1888. A.N. « Écorchure » de la grande lèvre droite il y a un mois. Depuis 15 jours, éruption polymorphe. Depuis 8 jours, céphalées et plaques amygdaliennes. Adénopathie inguinale (avec ganglion anatomique à droite) et cervicale. Rate, 5 T. D. Exeat peu de temps après.

Obs. XLVII. — L..., Marguerite, 17 ans. Entrée le 17 juin 1890. A. N. Ulcération de la fourchette il y a 3 mois. Un mois après, plaques vulvaires et alopécie. Adénopathie générale. Plaques vulvaires et bucco-pharyngées. Traces de roséole. Rate, 4 T. D. Exeat quelques jours après.

Obs. XLVIII. — D..., 22 ans. Entrée le 26 août 1890. A. N. Il y a 2 mois 1/2, « écorchure » de la grande lèvre droite. Depuis 3 semaines, éruption papuleuse ; plaques buccales et vulvaires. Adénopathie cervicale, inguinale

et axillaire. Céphalées. Rate, 3 T. D. Le 12 août. Amélioration des accidents. Rate, 4 T. D. Exeat.

Obs. XLIX. — F..., Marie, 24 ans. Entrée le 10 juillet 1890. A. N. Chancre de la petite lèvre gauche il y a 3 mois, pour lequel elle a suivi un traitement régulier jusqu'à présent. Depuis 8 jours, papules palmaires et plantaires. Adénopathie inguinale et cervicale. Traitement : protoiodure, 0 gr., 05. Le 19 juillet. Rate, 5 T. D. Le 24 août. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. L. — G..., Anna, 28 ans. Entrée le 1er août 1890. A. N. Chancre vulvaire il y a 3 mois, traité à l'Hôtel-Dieu. Deux mois après, roséole et plaques de Legendre dont il reste des traces. Adénopathie générale (sauf l'épitrochlée gauche). Rate, 4 T. D. Le 17 août. Rate, 4 T. D. Exeat.

Deuxième groupe. Obs. I. — V..., 21 ans. Entré le 20 juin 1888. A. N. Chancre de la verge il y a 5 mois. S'est toujours soigné depuis cette époque. Jusqu'en mai, plaques muqueuses buccales. Depuis 2 mois, alopécie et éruption papuleuse et papulo-croûteuse disséminée. Adénopathie générale (sauf l'épitroclée droite). Rate, 5 T.D.

Obs. II. — L..., Émile. Entré le 23 mai 1888. A.N. Chancre il y a 4 mois (la trace existe encore sur la verge). Depuis 2 mois, papules, plaques buccales, céphalées. Adénopathie axillaire, cervicale et inguinale. Rate, 5 T.D. (la matité commence un peu au-dessus du rebord costal).

Obs. III. — M..., Marie, 22 ans. Entrée le 11 juillet 1890. Fièvre typhoïde à 12 ans. Chancre vulvaire il y a 5 mois (diagnostiqué par nous, et dont il reste encore des traces). Depuis cette époque, traitement irrégulièrement suivi. Depuis 3 semaines, syphilide psoriasiforme disséminée avec céphalées. Adénopathie inguinale, cervicale et axillaire. Rate, 4 T.D. 1/2. Traitement mixte. Le 2 août, éruption améliorée, céphalées disparues. Rate, 4 T.D. 1/2. Exeat.

Obs. IV. — R..., Marie, 54 ans. Entrée le 9 juillet 1888. Éthylique. Chancre mou et boutons en 1862. Chancre de la lèvre inférieure, il y a 6 mois suivi d'une éruption papuleuse. S'est traitée jusqu'en juin. Seconde éruption à la suite de la cessation du traitement. Reprise du traitement pendant un mois ; amélioration. Troisième poussée ces temps derniers (éléments psoriasiformes). Adénopathie inguinale, axillaire et surtout cervicale. Rate, 4 T. D.

Obs. V. — C..., 27 ans. Entré le 7 mars 1888. Fièvre typhoïde il y a 8 ans. Éthylique. 2 chancres il y a 6 mois (la trace existe encore sur le gland). Peu après, poussée cutanéo-muqueuse traitée au Midi. Depuis ce moment, malgré un traitement régulier, éruptions papuleuses continuelles. Adénopathie générale (sauf l'épitrochlée gauche). Rate, 3 T. D.

Obs. VI. — R..., 22 ans. Entré le 13 août 1890. Fièvre typhoïde à 19 ans. Chancre de la verge il y a 8 mois. Plaques muqueuses seules remarquées du malade. Actuellement, plaques de la verge et de la lèvre supérieure. Adénopathie cervicale, inguinale et axillaire. Rate, 3 T. D. 1/2. Traitement : protoiodure, 0 gr. 05. Le 24 août. Nouvelles plaques dans le pharynx. Rate, 3 T. D. 1/2.

Obs. VII. — B..., Marie, 18 ans. Entrée le 4 mai 1890. A. N. Chancre de la grande lèvre droite il y a 8 mois. Puis plaques génitales et plaques

buccales. Actuellement, plaques vulvaires, anales et buccales. Syphilide pigmentaire du cou. Adénopathie générale. Rate, 3 T. D. 1/2. Traitement : emplâtre au calomel. Le 18 juin. Amélioration des syphilides muqueuses. Rate, 4 T. D. Le 13 juillet. Guérison des plaques. Rate, 4 T.D. Exeat.

Obs. VIII. — T..., Augustine, 30 ans. Entrée le 18 juin 1890. A. N. Poussée secondaire il y a 5 mois (traitée à St-Louis). Actuellement, éruption psoriasiforme circinée, plaques de Legendre, plaques bucco-pharyngées, céphalées violentes. Adénopathie inguinale, cervicale et axillaire. Rate, 4 T. D. Le 8 juillet. Éruption très améliorée. Rate, 4 T. D.

Obs. IX. — A..., Marthe, 20 ans. Entrée le 20 juin 1890. Scarlatine, rougeole et variole pendant l'enfance. Hystérique. Chancre il y a 8 mois (vulve), suivi de roséole et de céphalées. Elle n'a pris aucun traitement. Actuellement, plaques bucco-pharyngées. Alopécie, arthralgies, céphalées (persistant depuis le début). Adénopathie généralisée (sauf l'épitrochlée gauche). Rate, 4 T. D. Traitement : protoiodure, 0 gr. 05. Le 12 jutllet. Disparition des syphilides muqueuses. Céphalées moins vives. Rate T. D. Le 21 juillet. Exeat. Rate, 4 T. D.

Obs. X. — V..., Maurice, 22 ans. Entré le 14 mai 1890. A. N. Chancre de la rainure, il y a 6 mois. Entré il y a 4 mois, au Midi, pour une éruption papuleuse. Actuellement, papules, plaques amygdaliennes, cicatrice du chancre très nette. Rate, 5 T. D. (matité commençant un peu au-dessus du rebord costal). Sorti peu de jours après.

Obs. XI. — C..., Charles, 26 ans. Entré le 18 septembre 1891. A. N. Chancre de la verge, il y a 4 mois (cicatrice nette), traité dans le service et suivi d'une éruption papuleuse. S'est bien soigné depuis le début. Actuellement, éruption ecthymateuse ; adénopathie générale. Anémie marquée depuis le début des accidents. Rate, 3 T. D. Sorti quelques jours plus tard.

Obs. XII. — L..., 54 ans. Entré le 8 septembre 1891. Éthylique. Saturnin. Chancre de la verge, il y a 5 mois (traces nettes). Actuellement, éruption polymorphe, plaques bucco-pharyngiennes, alopécie. Adénopathie générale sans l'épitrochlée. Rate, 3 T. D. Traitement : pilules de Sédillot. Le 2 novembre. Éruption disparue. Rate, 3 T. D. Exeat.

Obs. XIII. — G..., Auguste, 23 ans. Entré le 9 septembre 1891. A. N. Chancre balano-préputial, il y a 4 mois (cicatrice nette). Éruption polymorphe depuis un mois et demi. Adénopathie inguinale et axillaire légère. Rate, 4 T. D. Traitement : emplâtre au calomel. Le 5 octobre. Rate, 4 T. D.

Obs. XIV. — B..., Ferdinand, 45 ans. Entré le 5 septembre 1891. A. N. Chancre de la verge il y a 7 mois, soigné au Midi. Depuis 1 mois, plaques buccales. Adénopathie générale. Rate, 4 T. D. Le 12 septembre. Rate, 4 T. D. Exeat.

Obs. XV. — A..., Jean, 43 ans. Entré le 8 février 1888. Variole à 7 ans. Chancre du dos de la verge il y a 8 mois. Roséole 2 mois après. Depuis 3 mois, éruption papulo-squameuse. Fissures anales. Adénopathie axillaire et inguinale. Rate, 2 T. D. Exeat quelques jours plus tard.

PÉRIODE TERTIAIRE

Obs. I. — S..., Gustave, 30 ans. Entré le 20 juin 1888. A. N. Chancre de la verge avec ganglion anatomique il y a 2 ans. 3 mois après, éruptions qui se sont succédé pendant 8 mois. De temps en temps, céphalées avec tuméfaction des os du crâne. Le malade s'est toujours soigné régulièrement depuis le début des accidents. 5 mois après le chancre, ont commencé les manifestations pharyngées. Actuellement, ulcérations de l'arrière-bouche ayant déjà détruit la luette, les piliers du voile du palais, les amygdales et l'épiglotte ; troubles fonctionnels correspondants datant du 6e mois de la syphilis. Cicatrices abondantes disséminées sur le corps. Exostoses tibiales. Éléments ecthymatoïdes sur les bras, les fesses, la figure, datant de plusieurs mois. Un peu d'albumine dans les urines. État général assez touché depuis le début. Rate, 6 T. D. Traitement mixte. Le 2 juillet. Amélioration des accidents. Rate, 6 T. D. Le 13 juillet. L'amélioration continue. Rate, 5 T. D. Exeat.

Obs. II. — F..., Marie, 23 ans. Entrée le 2 juillet 1890. A. N. Chancre vulvaire il y a 3 ans, soigné à Lourcine où elle est restée 4 mois et dont elle est sortie avec une gomme du genou. Entrée dans le service une première fois il y a 2 ans pour une nouvelle gomme du genou. Depuis 6 mois, nouvelles manifestations gommeuses au genou, au cou et au front. La malade s'est très mal soignée depuis le début. Rate, 4 T. D. Traitement mixte. Le 5 août. Apparition d'une nouvelle gomme au genou. Rate, 4 T. D. Sortie peu de temps après.

Obs. III. — S..., Charles, 28 ans. Entré le 13 février 1888. Variole à 12 ans. Chancre induré il y a 4 ans. 2 mois après, accidents pharyngés qui ont duré plus de 2 ans. Accidents du côté de la langue depuis 2 ans 1/2. Traitement régulièrement suivi jusqu'à cette année. La syphilis a beaucoup affaibli le malade. Actuellement la luette et les amygdales ont disparu et sont remplacées par des cicatrices ; il existe une petite fissure du voile du palais. La langue offre les lésions classiques de la glossite scléreuse. Le voile du palais est le siège d'une infiltration très marquée datant d'un mois et demi. Exostoses sur les 2 tibias. Cicatrices sur le corps répondant à des éruptions précoces, qui ont duré 2 ans et 1/2 et ont recommencé il y a 1 an. Syphilides ecthymatoïdes disséminées. Rate, 4 T. D. Traitement mixte. Le 22 juin. Amélioration des accidents. Rate, 4 T. D. Le 13 juillet. Rate, 4 T. D. Exeat.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1892.

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE : Correspondance imprimée. — Des rapports qui existent entre la dermatite herpétiforme et les affections dites à l'heure actuelle, pemphigus foliacé, par M. L. Brocq. (Discussion : MM. Hallopeau, Vidal.) — Sur un mycosis fongoïde d'emblée compliqué de gangrène, par MM. Hallopeau et Phulpin. — Sur un cas de mycosis fongoïde avec localisation palatine et induration scléreuse de la peau, par MM. Hallopeau et Jeanselme. — Éruption lichénoïde datant de 14 ans, à exacerbations estivales, par M. Du Castel. (Discussion : M. Besnier.) — Un cas de lupus tuberculeux de la région fessière, par M. Quinquaud. (Discussion : M. Fournier.) — Chancre syphilitique de la partie latérale droite du cou, par M. Alex. Renault. — De la lèpre en Bretagne, par M. Zambaco-Pacha. (Discussion : MM. Vidal, Barthélémy, Gaucher et Besnier.) — Étude de clinique sur l'hypertrophie de la rate dans la syphilis, par MM. Quinquaud et Nicolle. — Une observation de trichophytie de la plante du pied, par M. Ehlers (de Copenhague). — Sur un cas de syphilis rétrograde, par M. Alex Renault. — Elections.

La correspondance imprimée comprend les brochures suivantes :

1° *On an epidemic skin disease resembling eczema and pityriasis rubra*, par le Dr Thomas D. Savill.

2° *Sui periodi di Rinvigorimento della sifilide*, par le prof. Celso Pellizari.

3° *Tentativi di attenuazione della sifilide*, par le même.

4° *Achorion Schœnleinii*, par le Dr Marianelli.

5° *Sopra un caso di granuloma fungoïde* (*micosi fungoïde di Alibert*), par le même.

6° *Resoconto sommario dei casi occorsi nell'anno*, 1891. (*Clinica dermosifilo pratica dal prof. Pellizari*), par le Dr U, Mantegazza.

Des rapports qui existent entre la dermatite herpétiforme et les affections dites à l'heure actuelle pemphigus foliacé.

Par M. L. Brocq.

Dans la dernière séance de la Société, MM. les Drs Hallopeau et H. Fournier ont fait une communication des plus intéressantes sur trois cas de pemphigus foliacé étudiés dans leurs rapports avec la dermatite herpétiforme. Nous avons vivement regretté que l'état de

notre santé ne nous ait pas permis d'assister à cette réunion, car ils nous ont fait le très grand honneur de nous citer souvent et de combattre nos diagnostics et nos idées.

Certes, si leurs objections n'avaient consisté qu'à nous reprocher d'avoir fait des erreurs de diagnostic, nous aurions gardé le silence. Des erreurs de diagnostic! tout le monde en commet, et cela ne mérite point, en temps ordinaire, de réfutation ; mais au-dessous de ce reproche apparent, se cache en réalité une question bien autrement grave, se rattachant à la conception générale de ces dermatoses, et qui a été totalement méconnue ou volontairement laissée de côté par les auteurs. Aussi avons-nous cru de notre devoir de prendre la parole sur ce sujet.

Tout d'abord, permettez-nous de relever quelques petites inexactitudes qui se sont glissées dans le travail dont nous parlons.

Les auteurs nous font dire : « M. Brocq donne comme signes devant « servir à différencier cette dernière affection » (la dermatite herpétiforme) — du pemphigus foliacé — « le polymorphisme, les périodes « d'accalmie et les dysesthésies » ; et plus loin : « D'après M. Brocq, « les deux maladies diffèrent surtout par la conservation d'un bon état « général ». Or, nous ne nous souvenons pas d'avoir jamais établi, dans nos écrits, le diagnostic différentiel entre la dermatite herpétiforme et le pemphigus foliacé. Dans notre mémoire de 1888 sur la dermatite herpétiforme, au chapitre Diagnostic (p. 99), nous donnons avec beaucoup de réserve, les caractères qui permettent de distinguer cette affection des autres dermatoses, autrefois groupées avec elle dans le cadre si obscur du pemphigus chronique, mais il suffit de lire avec quelque attention ce chapitre pour voir qu'il s'agit des pemphigus chroniques bulleux et non du pemphigus foliacé. Aussi plus tard, dans notre ouvrage sur le traitement des maladies de la peau, avons-nous eu soin, pour éviter toute ambiguïté à ce sujet d'ajouter, en traitant du diagnostic de la dermatite herpétiforme, l'épithète de *vrai* au mot pemphigus chronique (voir 1re édit., 1890, p. 131, et 2e édit., 1892, p. 128), afin d'indiquer bien nettement qu'il s'agissait, dans ce diagnostic différentiel, du pemphigus chronique vrai (bulleux) et non du pemphigus foliacé.

Les auteurs ajoutent : « D'après M. Brocq, les deux maladies diffèrent surtout par la conservation d'un bon état général, mais cette « proposition n'a qu'une valeur très relative, puisque l'on connaît « *aujourd'hui,* nombre de cas de dermatite de Duhring qui se sont « terminés par la mort.... » Cette phrase contient implicitement une autre inexactitude que commettent d'ailleurs fort souvent ceux qui s'occupent de ces questions, et contre laquelle nous demandons la permission de protester une fois pour toutes. Elle consiste à nous accuser de n'avoir pas assez assombri le pronostic de la dermatite

herpétiforme de Duhring. Nous avons dit, et c'est absolument exact, qu'un des traits les plus importants de la physionomie générale de la dermatite herpétiforme était précisément dans les formes communes, malgré l'intensité des phénomènes douloureux et des éruptions, la conservation du bon état général, le peu de retentissement de l'affection sur le reste de l'organisme (sauf peut-être sur le système nerveux), la possibilité pour le malade, dans beaucoup de cas, ou tout au moins dans beaucoup de périodes de cette dermatose, de se lever, de travailler, de vaquer même à ses occupations habituelles (*Mémoire sur la dermatite herpétiforme*, 1888, p. 91). Mais, si on veut bien se donner la peine de se reporter à notre travail d'ensemble sur cette affection, on y verra que nous y signalons, dans les cas sérieux, de l'amaigrissement, de la faiblesse, de l'insomnie, des complications alarmantes, fièvre, diarrhée, congestions pulmonaires, etc. (*Eod. loco*, p. 90-91), que nous y relatons six cas de mort sur 33 malades ; nous en avons publié un septième en 1889, dans notre communication au premier Congrès international de dermatologie sur les affections bulleuses : nous avons même, dans notre livre sur le traitement des affections de la peau (1re édit., 1890, p. 130 ; 2e édit., 1892, p. 127), distingué au point de vue de l'évolution de cette maladie « une variété « grave qui peut se terminer par la mort, soit par complication inter« currente, soit par maladie surajoutée, soit par cachexie ultime (ce « qui se voit surtout chez les vieillards), soit par passage à l'herpé« tide maligne exfoliative ».

On voit donc que ce n'est pas seulement d'aujourd'hui que l'on connaît des cas de dermatite herpétiforme terminés par la mort.

Mais laissons là ces détails, et occupons-nous maintenant du fond même du débat.

MM. Hallopeau et Fournier nous reprochent : 1° d'avoir fait du cas 29 de notre mémoire de 1888, une dermatite herpétiforme, alors que c'était un cas de pemphigus foliacé ; 2° d'avoir diagnostiqué une dermatite herpétiforme chez la malade qui fait l'objet de la première observation de leur travail, alors que c'était également un cas de pemphigus foliacé.

En pareille occurrence, la simple logique indique que pour résoudre le point en litige il faut d'abord nettement préciser ce que l'on doit entendre sous le nom de dermatite herpétiforme, sous le nom de pemphigus foliacé, puis comparer les observations discutées avec les deux types morbides en question pour voir quel est celui auquel on doit les rattacher.

Qu'est-ce donc que la dermatite herpétiforme ? Nous croyons n'avoir pas besoin d'insister beaucoup sur ce premier point. En France, nous sommes à l'heure actuelle à peu près tous d'accord pour désigner sous le nom de dermatite herpétiforme une dermatose essen-

tiellement caractérisée par des phénomènes douloureux de la plus grande intensité, démangeaisons, sensations de chaleur, de cuisson, de piqûre, de fourmillement, de brûlure, etc..., pouvant être presque continues, le plus souvent survenant par paroxysmes; par des phénomènes éruptifs on ne peut plus polymorphes, composés d'érythèmes, de plaques ortiées, de vésicules, de bulles, de pustules, de papules excoriées, etc., etc., et de toutes leurs conséquences, croûtes, desquamations, végétations papillomateuses, etc., etc., diversement groupés et combinés, suivant les variétés et suivant les phases de l'affection, l'éruption pouvant à certains moments de l'évolution n'être nullement polymorphe, mais n'être composée que d'une seule lésion élémentaire. Ajoutons que l'influence des émotions de toute nature, des chocs quelconques du système nerveux sur la genèse de cette affection est actuellement indiscutable, que dans les formes vulgaires la maladie est essentiellement chronique, qu'elle évolue par poussées successives. Nous nous sommes déjà expliqué sur la question de la conservation du bon état général. Donc sur ce premier point, sur ce qu'il faut entendre sous le nom de dermatite herpétiforme, à l'heure actuelle, il ne saurait y avoir entre nous la moindre ambiguïté.

Qu'est-ce maintenant que le pemphigus foliacé? Ici au contraire nous avouons être fort embarrassé pour répondre. Nous consultons les auteurs classiques : c'est le chaos le plus complet. Cette année même trois communications sur le pemphigus foliacé ont été faites à cette société.

Dans la première (28 janvier) notre excellent maître, M. le Dr Quinquaud, désigne sous ce nom une dermatose chronique qui a débuté par une phase bulleuse éphémère, suivie d'une longue période d'exfoliation, puis d'une papillomatose généralisée avec rougeur généralisée, desquamation fine de l'épiderme, conservation du bon état général, démangeaisons assez modérées.

Dans la deuxième (11 février) notre excellent maître, M. le Dr E. Besnier, donne comme grands caractères du pemphigus foliacé : « son caractère mixte primitif, la longue conservation d'un bon état général, la « faible intensité relative des phénomènes douloureux et prurigineux, « la fréquence avec laquelle, dans les phases avancées, la dermatite « revêt un caractère nouveau, la kérato-papillomatose, etc., enfin sa « résistance à tous les agents connus de la thérapeutique interne ou « externe ».

Dans la troisième enfin (10 novembre), MM. Hallopeau et H. Fournier disent que « l'intensité des sensations douloureuses ou prurigineuses peut être invoquée plutôt en faveur du diagnostic pemphigus foliacé que contre lui », qu'il se distingue de la dermatite herpétiforme « par les troubles graves qu'il entraîne dans la nutrition « générale, troubles qui se terminent presque constamment par la « mort ».

Tout cela ne cadre guère ensemble, et cependant nous avons tenu à ne vous parler que des travaux sur le pemphigus foliacé qui ont été publiés ici même, dans cette enceinte, cette année-ci ! Que l'on juge par là de ce qui a été dit sur ce sujet en d'autres temps et en d'autres lieux !

La question du pemphigus foliacé est donc encore des plus obscures. Nous avons déjà essayé de l'élucider quelque peu en 1882-1884, dans nos travaux sur la dermatite exfoliative et sur le pityriasis rubra, en 1890-1892 dans notre livre sur le traitement des maladies de la peau. Nous allons oser encore une nouvelle, mais nous l'avouons, bien timide et bien incomplète tentative.

Si l'on examine d'un peu haut les diverses observations récentes publiées sous l'étiquette de pemphigus foliacé, on voit qu'elles ne sont pas absolument comparables entre elles, et qu'on peut à la rigueur les diviser, du moins provisoirement, en trois groupes principaux.

1er *Groupe.* — Dans un premier groupe nous rangerons des faits dans lesquels on observe un prurit modéré et une éruption constituée au début par des bulles plus ou moins tendues ou aplaties, puis survient, presque toujours rapidement, une fort longue période dans laquelle il ne se produit plus de bulles ; l'affection est alors objectivement constituée par de la rougeur généralisée du derme, parfois par du suintement dans les premiers temps, puis de la sécheresse des téguments, par une desquamation lamelleuse d'abord, puis ayant de plus en plus de tendance à devenir furfuracée, en même temps que se produit une papillomatose généralisée plus ou moins accentuée. Malgré l'intensité des phénomènes éruptifs l'état général se maintient relativement bon pendant des années.

Telle est, d'après nous, la dermatose vraiment spéciale, ayant bien la physionomie générale d'un type morbide à part, nettement spécifié, à laquelle nous donnons le nom de *pemphigus foliacé vrai :* c'est le type de M. Quinquaud.

2e *Groupe.* — Dans un deuxième groupe nous rangeons des faits caractérisés par un prurit assez modéré, par une éruption constituée au début par des bulles, mais devenant assez rapidement mixte, c'est-à-dire composée de bulles, de squames, de rougeurs avec suintement et croûtes ; peu à peu, assez lentement, la dermatose s'étend, se généralise ; les téguments dans leur totalité ou leur presque totalité sont rouges, et desquament, mais constamment il se produit du suintement et des bulles ou des phlyctènes plus ou moins accusées : il n'y a que peu ou point de papillomatose ; mais, comme dans les faits du groupe précédent, malgré l'intensité des phénomènes éruptifs, l'état général se maintient relativement bon pendant des années.

Ce type est déjà moins pur et moins net que le premier, il prête plus à la discussion, en somme il est soutenable en tant que type morbide spécial fort voisin du précédent.

3e *Groupe.* — Dans un troisième groupe nous rangeons des faits caractérisés par un prurit extrêmement intense, par une première période des plus nettes, assez longue, dans laquelle l'éruption est constituée par des plaques érythémateuses, des vésicules, des bulles, etc..., en un mot par une éruption polymorphe absolument identique à celle de la dermatite herpétiforme, et évoluant comme celle de cette dernière affection par poussées successives ; puis plus tard cette éruption change peu à peu de caractère ; il se produit une rougeur plus ou moins généralisée des téguments avec desquamations foliacées, et toujours des vésicules, des bulles, des phlyctènes, des croûtes, etc. quelquefois, mais rarement, et pendant d'assez courtes périodes, l'aspect peut même être tout à fait celui d'une herpétide maligne exfoliative. On n'observe que peu ou point de papillomatose. L'état général devient assez rapidement mauvais en même temps que l'éruption change de caractère, et tout se termine par la mort en un laps de temps probablement variable, mais qui paraît être en moyenne de un an et demi à deux ans.

Ce type nous est fourni par les deux observations en litige, par l'observation 29 de mon mémoire, par l'observation I du travail de MM. Hallopeau et Fournier.

Si l'on a suivi avec quelque soin ce qui précède, on voit qu'il n'était nullement oiseux d'essayer de préciser cette question du pemphigus foliacé : il y a en effet des différences capitales entre les faits qui rentrent dans nos deux premiers groupes et ceux de notre troisième groupe. D'un côté un prurit modéré, des dermatoses peu bulleuses, rapidement généralisées, rouges et desquamatives, de la tendance à la papillomatose généralisée, une conservation du bon état général pendant de longues années.

De l'autre, au contraire, un prurit extrêmement intense, une éruption à type de dermatite herpétiforme au début pendant une période relativement assez longue, puis de la tendance à prendre l'aspect de l'herpétide maligne exfoliative, peu ou point de tendance à la papillomatose, et un état général assez mauvais pour que la mort survienne en moins de 2 ans.

Aussi, lorsque nos contradicteurs portent pour ces derniers faits le diagnostic de pemphigus foliacé, sommes-nous en droit de leur dire que leur pemphigus foliacé ne nous paraît nullement conforme à ce qu'ont écrit avant eux les auteurs les plus récents.

En effet, si nous prenons notre premier groupe et même le second, et si nous les comparons au troisième, nous venons de voir que nous ne pouvons conclure à l'assimilation.

Si nous comparons au contraire l'observation I de MM. Hallopeau et H. Fournier avec la dermatite herpétiforme, nous voyons que pendant les premiers cinq mois et demi, cette affection a été absolument

semblable à une dermatite herpétiforme typique : même mode de début, à la suite d'une vive émotion, mêmes démangeaisons, même éruption érythémateuse et bulleuse, même évolution.

Nous le demandons à tout esprit non prévenu, était-il possible à cette époque de porter un diagnostic autre que celui de dermatite herpétiforme ? Allons même plus loin : est-il possible de croire qu'à cette époque la malade fût atteinte d'une autre affection ? Pour nous, c'est l'évidence même.

Puisque tous les caractères distinctifs de cette maladie existaient, puisqu'il ne s'agit pas ici d'un simple diagnostic objectif de lésion élémentaire, comme celui d'eczéma ou de pemphigus, mais d'une dermatose bien définie, oui ! à cette première période la malade était bien atteinte d'une dermatite herpétiforme.

Mais, nous objectera-t-on, la deuxième période de l'affection infirme ce diagnostic. C'est précisément cela qu'il vous aurait fallu démontrer, répondrons-nous, et c'est ce que vous n'avez point fait.

Quand on a bien et dûment reconnu chez un sujet l'existence d'une maladie nettement définie, quand cette maladie se montre chez lui avec tous ses caractères majeurs, qu'il n'y a ni aucun doute, ni aucune ambiguïté, si ultérieurement cette maladie change de physionomie, et s'il se produit des phénomènes insolites, que doit-on conclure ? Qu'on s'est trompé ? évidemment non ; car ce serait nier l'évidence. Mais bien que la maladie en question peut revêtir ces aspects, quelque étranges qu'ils puissent paraître, ou qu'elle s'est compliquée d'autres phénomènes morbides. Voilà ce que veut la saine logique.

Si l'on raisonnait autrement, on aboutirait à l'impossibilité absolue de jamais porter un diagnostic. Ne devrait-on pas en effet se dire, même en présence des faits les plus évidents : « certes cela ressemble « beaucoup à telle ou telle affection, mais de peur qu'elle ne vienne « à changer de physionomie, je dois, jusqu'à terminaison complète « de la maladie, réserver mon diagnostic ». Est-ce soutenable ?

Vainement on nous objectera qu'il en est ainsi pour certaines dermatoses, qu'il est par exemple des éruptions ressemblant à l'eczéma et diagnostiquées comme telles qui ne sont en réalité que les phases premières du mycosis fongoïde. Cet argument ne saurait nous toucher, et cela pour plusieurs motifs : d'abord parce que les éruptions eczématiformes prémonitoires du mycosis fongoïde nous semblent avoir certains caractères assez spéciaux qui doivent éveiller des doutes, et ensuite parce que le diagnostic d'eczéma n'est qu'un diagnostic de syndrome, presque de lésion élémentaire comparable à celui de pemphigus et non un diagnostic de maladie réelle comparable à celui de dermatite herpétiforme.

Dans l'espèce, est-il acceptable que l'on considère comme une erreur

d'avoir diagnostiqué une dermatite herpétiforme chez une femme qui en a présenté tous les caractères, tous sans exception pendant les 5 mois 1/2 de début, parce que l'affection a eu dans la suite de la tendance à prendre l'aspect de l'herpétide maligne exfoliative ? Toute la question est là, et nous espérons l'avoir résolue par les considérations précédentes.

Or, cette question n'est pas nouvelle, car les faits à propos desquels nous la posons aujourd'hui ont déjà été observés alors qu'on appelait ces dermatoses pemphigus pruriginosus, arthritides bulleuses, etc., et les auteurs anciens l'avaient déjà tranchée, les uns admettant qu'une autre dermatose, pemphigus foliacé, dermatite exfoliative ou pityriasis rubra vient se surajouter à la dermatose première, les autres, avec Bazin, admettant que peu à peu la maladie première se transforme, perd ses premiers caractères pour prendre graduellement ceux de l'herpétide maligne exfoliative : c'est alors ce que l'on pourrait à la rigueur, si l'on ne craignait pas de donner lieu à des confusions, appeler le pemphigus foliacé secondaire ; c'est l'herpétide maligne exfoliative consécutive au pemphigus (Bazin) ; nous disons maintenant, dans l'espèce, consécutive à la dermatite herpétiforme.

Cette dernière théorie est-elle donc tellement absurde que l'on ne doive même plus en parler ? Pour notre part, nous avouons ne pas la trouver si méprisable. Nous croyons comprendre comment il peut se faire qu'une affection comme la dermatite herpétiforme, dans les cas typiques de laquelle on observe des placards érythémateux, des vésicules, des bulles, des pustules, des desquamations, des croûtes, arrive peu à peu en se généralisant à être caractérisée par de la rougeur diffuse avec çà et là des bulles, des phlyctènes, des desquamations et des amas croûteux, alors surtout que les autres phénomènes, prurit intense, évolution par poussées, etc., continuent à imprimer à l'affection sa physionomie si spéciale. Nous ne voyons là rien d'illogique ; les eczémas et les psoriasis ne subissent-ils pas des modifications analogues ?

En somme, porter le diagnostic de pemphigus foliacé dans les deux cas que nous analysons, c'est déclarer en réalité qu'on ne veut plus de la théorie de l'herpétide maligne exfoliative.

Bien que fort hasardée selon nous, comme nous croyons l'avoir démontré, cette opinion, comme toutes les opinions, peut à la rigueur se soutenir ; mais ce qui nous paraît difficilement admissible, c'est que, traitant des rapports de la dermatite herpétiforme avec le pemphigus foliacé, MM. Hallopeau et Fournier n'aient pas soulevé toutes ces questions, ne les aient pas discutées, et n'aient pas montré pourquoi ils ne voulaient point admettre la manière de voir que nous venons d'exposer, et qu'ils ne pouvaient méconnaître puisqu'elle est déjà mentionnée tout au long dans nos travaux antérieurs.

Parlant en effet du malade de l'observation 29 de notre mémoire de 1888, nous disons (*loc. cit.*, p. 92) « que l'affection avait pris peu à « peu l'aspect du pemphigus foliacé ».

Nous avions donc songé à cette hypothèse, nous l'avions éliminée à cause des phénomènes antérieurs et des autres caractères de la maladie. MM. Hallopeau et H. Fournier auraient pu rappeler cette circonstance dans leur travail.

Plus loin (p. 93, *eod. loco*) nous nous exprimons en ces termes : la dermatite herpétiforme « semble parfois, mais bien rarement, pouvoir « se terminer fatalement en passant à l'état de pemphigus foliacé, ou « mieux d'herpétide maligne exfoliative.

Page 85, nous sommes encore plus explicite : « Il est des cas où « l'éruption devient tellement intense et étendue, où les poussées « éruptives sont tellement continuelles et subintrantes, où les bulles se « forment si mal, et crèvent ou se dessèchent si vite que les tégu- « ments rouges, infiltrés, douloureux, sont complètement couverts de « squames foliacées en desquamations incessantes, et de croûtes qui « constituent des sortes de carapaces. L'aspect du malade est alors « tout à fait semblable à celui des sujets qui sont atteints d'eczémas « généralisés ou de pemphigus chroniques passés à l'état d'herpé- « tides malignes exfoliatives de Bazin, en un mot *c'est un pemphigus* « *foliacé*. Aussi pourrait-on donner à ces cas avec quelque apparence « de raison le nom de *variété foliacée*.

« Tout ce qui précède montre bien que dans l'affection qui nous « occupe on ne doit attacher qu'une importance assez secondaire à la « forme éruptive qu'elle revêt, puisque cette forme éruptive peut « changer suivant les phases de cette maladie. C'est ici surtout qu'é- « clate la vérité du principe que nous défendons, qu'il est nécessaire, « pour bien comprendre les affections cutanées, de ne pas tenir compte « uniquement de la lésion objective, visible, tangible, existant à une « période de la dermatose, mais que l'on doit s'élever jusqu'à la con- « ception de la maladie envisagée dans son ensemble, que l'on doit « tenir compte de tous ses éléments constitutifs, de son étiologie, de « son évolution, de ses symptômes objectifs et subjectifs. C'est pour « avoir méconnu ce principe que l'histoire de tant de dermatoses, et « en particulier des dermatoses vésiculo-bulleuses, est restée jusque « dans ces derniers temps environnée de tant d'obscurités. Ces affec- « tions sont avant tout polymorphes d'aspect, elles sont même protéi- « formes, changeantes dans leurs manifestations cutanées ; on com- « prend dès lors combien il doit être difficile de les classer d'après les « principes posés par Willan et Bateman. Aussi la même entité mor- « bide a-t-elle été décrite sous les noms les plus divers toujours avec « apparence de raison. Aussi a-t-on pu dire qu'il y avait autant de « variétés différentes que de cas particuliers. Avec un pareil point de

« départ, toute étude d'ensemble fructueuse, et toute classification « sont radicalement impossibles. » (*Eod. loco*, p. 85, 86, 1888.)

Nous n'avons rien à changer à ces lignes écrites en 1888 ; elles s'adaptent entièrement à notre réponse à MM. Hallopeau et H. Fournier.

Nous devons de plus signaler une autre cause de confusion. Entre deux types morbides, du moins quand il s'agit de dermatoses d'origine interne, il y a souvent, pour ne pas dire toujours, toute une gamme de faits de passage : nous l'avons démontré dans plusieurs de nos études. C'est là l'écueil. Suivant les observateurs, ces faits de passage sont rangés soit dans l'un, soit dans l'autre groupe, et ils contribuent ainsi à jeter la confusion dans les esprits ; on en arrive alors à se demander si les deux groupes, quelque distincts qu'ils soient en réalité dans leurs cas typiques, ne rentrent pas l'un dans l'autre. On ne doit pas se laisser ainsi égarer. Il faut prendre les cas nets, en faire des types purs, et d'autre part laisser les faits de passage à leur vraie place entre les types dont ils présentent certains caractères, à des distances proportionnelles à leur degré de ressemblance avec chacun d'eux. Si l'on n'a pas cette sagesse, on aboutit au chaos. Ce que nous venons de dire s'applique surtout à notre deuxième groupe du pemphigus foliacé, qui nous paraît être intermédiaire au pemphigus foliacé vrai (1er groupe) et à notre 3e groupe, lequel, d'après nous, doit être rattaché assez étroitement à la dermatite herpétiforme, tout en en constituant une variété spéciale, variété grave aboutissant à l'herpétide maligne exfoliative de Bazin.

Telle est la conception des faits décrits jusqu'ici sous le nom de pemphigus foliacé, que nous croyons devoir provisoirement proposer.

M. Vidal. — Je partage complètement les idées que M. Brocq vient d'exprimer d'une façon si parfaite. J'ai vu moi-même la jeune femme à laquelle se rapporte la première observation du mémoire de MM. Hallopeau et Fournier et j'ai été à même de constater au début de sa maladie une période pendant laquelle elle présentait exactement les signes de la dermatite herpétiforme ; plus tard l'aspect était celui de l'herpétide maligne exfoliatrice de Bazin (Dermatite maligne chronique exfoliante de Leloir et Vidal). Si l'examen histologique avait été fait, on aurait pu rencontrer les lésions caractéristiques relevées par M. Leloir, c'est-à-dire la dissociation des fibres du tissu conjonctif avec intégrité des faisceaux élastiques et la prolifération des éléments du réseau de Malpighi, l'accumulation des cellules embryonnaires au pourtour des vaisseaux.

Le groupe morbide dénommé pemphigus foliacé, est un groupe artificiel qu'il faut soumettre à la revision ; il diminuera sans doute ainsi notablement d'importance.

M. Hallopeau. — Il est incontestable, et nous l'avons dit dans notre travail, que l'affection de notre première malade a présenté au début les

caractères d'une dermatite herpétiforme; mais, au bout de peu de mois, la situation s'est modifiée, et, pendant plus de quinze mois, les symptômes ont été ceux du pemphigus foliacé : bulles éphémères se renouvelant incessamment, érythrodermie et exfoliation épidermique généralisée. Il nous paraît donc probable qu'il s'agit d'un pemphigus qui a revêtu au début le masque de la dermatite herpétiforme. Le prurit ne nous paraît pas avoir l'importance que lui attribue M. Brocq; ce phénomène subjectif varie suivant le mode de réaction des différents sujets; on sait, par exemple, qu'il peut manquer dans la gale. Nous l'avons vu chez des sujets atteints d'éruptions bulleuses identiques se produire avec intensité ou faire presque entièrement défaut.

M. Brocq. — M. Hallopeau n'a pas répondu à mes objections. Sa première malade a présenté des signes de dermatite herpétiforme typique pendant 5 mois ; 5 mois c'est quelque chose, même quand il s'agit d'affections cutanées !

Sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée, compliqué de gangrène massive avec dénudation du squelette.

Par MM. H. Hallopeau et Phulpin.

Le nombre des cas de mycosis fongoïde observés dans ces dernières années à l'hôpital St-Louis semble s'être très notablement accru dans ces dernières années ; tandis que, dans toute sa carrière, Bazin n'a pu en observer que 9 faits, l'un de nous en compte depuis trois ans seulement 8 observations. Nous avons essayé de déterminer avec précision dans quelle mesure s'est produite cette augmentation et nous avons consulté à cet égard les registres de l'hôpital où sont consignés les diagnostics portés sur chaque malade qui y a séjourné: nous avons trouvé que le nombre de cas qualifiés de mycosis a été cette année de 8, l'an passé, de 6, chacune des trois années précédentes de 2, puis pendant trois ans le chiffre tombe à 0. En remontant jusqu'à 1859 nous avons trouvé de cette date à 1887, 19 cas, de 1888 à 1892, 20 cas ; l'augmentation paraît donc d'après ces chiffres de toute évidence ; mais il y a des causes d'erreur qui ne doivent pas être méconnues : la principale, c'est que le mycosis a été désigné antérieurement sous des noms différents ; on l'a longtemps dénommé *molluscum* ; on sait, d'autre part, que M. Hardy l'appelait *lichen hypertrophique* ; or nous avons noté, en 1870, un cas, et, en 1878, 3 cas désignés sous cette étiquette ; peut-être faut-il les ajouter à notre liste de mycosis, bien que cette même dénomination de lichen hypertrophique ait été également attribuée à d'autres dermatoses ; d'autre part, nous faisons rentrer dans le mycosis divers types cliniques qui en avaient été distraits jusqu'à ces dernières années : il en est ainsi

particulièrement des formes érythro-dermiques généralisées et peut-être de certaines néoplasies décrites sous le nom de sarcomatose ; il est donc possible que l'augmentation du nombre de cas de mycosis observés à Paris ne soit qu'apparente et que l'accroissement du nombre de faits étudiés sous cette étiquette soit due exclusivement à la modification de la nomenclature et aux progrès du diagnostic.

Nous devons dire que malgré le nombre croissant de nos observations, l'intérêt n'en est pas diminué car le polymorphisme de cette dermatose est tel que chacun des faits qu'il nous est donné d'étudier présente des particularités nouvelles : il en est ainsi des deux malades qui sont actuellement dans nos salles. La femme qui fait l'objet de cette communication représente un cas du *mycosis fongoïde d'emblée* qui a été distingué par Bazin ainsi que par MM. Vidal et Brocq ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée L..., agée de 52 ans, modiste, est entrée le 10 octobre 1892, salle Lugol, lit nº 18.

Cette malade, ne présente dans ses ascendants et collatéraux aucun antécédent digne d'être signalé.

En ce qui concerne son histoire personnelle, on n'y relève comme, particularité notable, qu'une chute sur la tête, contre un marbre, il y a 3 ans 1/2, suivie d'accès douloureux dans la région temporale gauche, durant près d'une année et de la production d'une tuméfaction rétro-auriculaire due, suivant toute vraissemblance à une collection sanguine.

C'est seulement vers le mois de février dernier que semble avoir débuté en réalité, sans cause appréciable, l'affection pour laquelle cette malade se présente à l'hôpital.

A cette date, apparut, sur la région occipito-pariétale droite, une tuméfaction saillante, d'environ un centimètre : traitée par des applications d'alcool camphré, elle se couvrit d'abord de croûtes à sa surface, puis s'affaissa spontanément environ un mois après son début.

Quinze jours environ après sa guérison, une nouvelle tumeur du volume d'une grosse noisette se produit au niveau de la bosse pariétale gauche. Trois semaines plus tard, cette tumeur commence à s'ulcérer et l'ulcération, maintenue couverte en permanence de compresses phéniquées, s'étend rapidement en surface et en profondeur, à tel point qu'après deux mois, elle atteint les dimensions de la paume de la main.

Ses progrès rapides, ainsi que les douleurs lancinantes et les sécrétions fétides dont elle est le siège, décident la malade à consulter un chirurgien, qui institue en même temps que des pansements au sublimé, un traitement d'iodure de potassium à la dose quotidienne de 6 gr. ; cette médication est poursuivie cinq mois avec persévérance sans amener d'amélioration appréciable.

Sur ces entrefaites, se produisent au cours de mai et de juin trois poussées érythémateuses ayant pour siège la partie médiane du front. Il y règne chaque fois une rougeur diffuse avec saillies miliaires et prurit intense qui s'éteint au bout d'un septenaire sans laisser de traces. En revanche,

au mois d'août, apparaît, sur la moitié droite du front une plaque saillante, persistante, rouge et prurigineuse, étendue presque d'emblée à toute la superficie qu'elle recouvre à l'heure actuelle,

A l'examen de la malade, femme robuste et de bonne constitution, toute la région pariétale gauche se montre couverte d'une vaste altération mesurant 14 centimètres d'avant en arrière, y compris ses bords, 11 cent. de haut en bas, dans sa plus grande dimension, 8 dans la plus petite. Sa configuration est celle d'un rein à hile supérieur. On y distingue 3 zones : au centre, dans la plus grande partie de son étendue, une ulcération, autour un bourrelet saillant et enfin une aréole érythémateuse ; l'ulcération est occupée dans une partie de son étendue, par des surfaces rouges qui saignent facilement et pâlissent à peine sous le doigt ; elles n'ont été mises à nu que depuis peu de jours, après la chute d'eschares très volumineuses qui les recouvraient ; çà et là, particulièrement à la périphérie, on voit des ulcérations plus profondes couvertes d'une abondante sécrétion purulente ; cloisonnant ces surfaces, de longues traînées sèches, de couleur brunâtre et insensibles au toucher, sont constituées par des portions du derme sphacélé.

Le bourrelet périphérique atteint en arrière 3 millim. de largeur et forme un relief d'un centimètre. Il existe sur tout le pourtour de la tumeur si ce n'est au niveau du hile ; c'est lui surtout qui pour sa configuration donne à l'ulcération l'aspect d'un rein, il est sphacélé dans la plus grande partie de son épaisseur ; ses dimensions présentent d'ailleurs des différences très notables dans les diverses parties de son pourtour, c'est ainsi au-dessus et en arrière du hile, sa saillie n'est que d'environ 8 millim., tandis que sa largeur atteint 3 centim.

A ce niveau, il est déprimé dans sa partie centrale qui est le siège d'une ulcération recouverte d'un détritus noirâtre gangréneux. En bas, il contourne le pavillon de l'oreille avec lequel il entre en rapports immédiats.

L'aréole érythémateuse existe sur toute la périphérie de l'altération ; très peu étendue en haut et en arrière, elle s'avance en avant jusqu'au milieu de l'os malaire et inférieurement jusqu'à 2 centim. au-dessus de l'angle du maxillaire où elle offre une largueur de 4 centim. 1/2. Sans relief ni contours nettement arrêtés, elle disparaît sous la pression du doigt. Sa surface, légèrement desquamante, a primitivement été le siège de douleurs très vives auxquelles ont succédé des démangeaisons peu prononcées d'ordinaire, mais sujettes à s'exagérer de temps à autre durant quelques heures.

La plaque frontale atteint actuellement 2 centim. 1/2 verticalement sur 15 millim. transversalement. De contours un peu irréguliers, elle forme une saillie d'environ 3 millim. et se détache nettement des parties saines. Sa couleur rosée ne s'efface que très incomplètement sous la pression du doigt qui éprouve à son niveau une sensation de consistance assez molle. Immédiatement au-dessus et en continuité avec elle, une macule brunâtre intéresse une étendue de 5 millim. sur 1 centim.

A la région occipito-pariétale droite, une surface circulaire de 4 centim. de diamètre est presque entièrement privée de cheveux. Le cuir chevelu n'y est pas induré, mais ses plis sont exagérés et au centre on constate une coloration érythémateuse avec desquamation.

Une dernière plaque, jusqu'ici ignorée de la malade qui la croit très récente, existe à gauche, en arrière de l'angle du maxillaire. Elle est rosée comme la plaque frontale, de 2 centim. verticalement sur 8 millim. de dimensions antéro-postérieures. Il n'y a pas d'adénopathies appréciables.

Sur la partie médiane du front, entre les 2 sourcils, deux petites tumeurs blanches du volume d'un grain de millet présentent les caractères de l'adénome sudoripare.

Les cuisses sont le siège de dilatations variqueuses; la droite porte en outre, au-dessus de la rotule, une cicatrice elliptique et gaufrée sans apparence spécifique survenue à la suite d'un petit abcès d'origine traumatique.

Le reste des téguments est exempt de toute altération : il n'y a jamais eu à aucune époque, d'éruptions eczémateuses ou lichénoïdes. Il est de même impossible de relever la moindre modification du côté des muqueuses accessibles et des viscères. Le foie, la rate, les reins paraissent avoir conservé leurs dimensions normales.

L'ulcération est traitée par les pulvérisations et les applications d'eau phéniquée au 1/100e; on donne, comme traitement interne, 4 gr. d'iodure de potassium par jour.

7 novembre. L'eau phéniquée est remplacée par la résorcine à 3 0/0.

Le 18. Le bourrelet périphérique est encore recouvert dans les 3/4 de son étendue de masses sphacélées; elles forment comme un bourrelet surmontant celui qui est constitué par la néoplasie. Celui-ci a été mis à nu après la chute de l'eschare en 2 régions : l'une à la partie antérieure de la lésion, l'autre à sa partie postéro-externe. Il forme à ce niveau une saillie d'à peine 5 millim. tandis que les parties encore recouvertes de l'eschare s'élèvent de plus d'un centim. On voit à sa surface, qui est d'un gris jaunâtre, de petits vaisseaux capillaires et quelques poils qui se détachent très facilement sous la traction de la pince. Depuis 8 jours, le pansement consiste en pulvérisations phéniquées prolongées et en applications d'ouate imprégnée d'huile phéniquée au 1/20, renouvelées 2 fois par jour.

6 décembre. La grande ulcération continue à se déterger. Néanmoins elle est encore recouverte, dans une grande partie de son étendue, par un tissu sphacélé qui présente une coloration jaunâtre due à son infiltration par un liquide purulent. Le fond de l'ulcération est constitué presque partout par le derme surmonté des bourgeons charnus; les lésions ont été plus profondes dans une partie de sa région postérieure, elles y ont détruit complètement la peau et les tissus sous-jacents de telle sorte que, sur une surface grande comme une amande, le crâne est mis à nu. Le grand diamètre de l'ulcération est aujourd'hui de 16 cent., son diamètre vertical de 12 cent. L'aréole érythémateuse s'étend maintenant en bas jusqu'à 1 cent. au-dessous du lobule de l'oreille, en avant jusqu'au milieu de la joue droite et plus haut de la paupière supérieure, elle atteint presque la ligne médiane au niveau du front. Le bourrelet périphérique n'est débarrassé de son eschare que dans son tiers antérieur et sur une petite partie de sa moitié inférieure en arrière de l'oreille.

La peau, au niveau de l'aréole érythémateuse, est épaissie et notablement tuméfiée; elle y garde partout l'impression du doigt; toute la joue gauche

est de même indurée et tuméfiée ; la paupière inférieure est infiltrée et cette altération ne paraît pas s'expliquer suffisamment par une inflammation péri-dentaire du côté correspondant.

Au-dessus du sourcil droit s'est développée une nouvelle néoplasie ; c'est une plaque légèrement saillante, du volume d'un petit haricot, d'une consistance relativement ferme, de couleur rouge, s'effaçant incomplètement sous la pression du doigt et séparée par un intervalle de 2 cent. de la plaque ovalaire antérieurement décrite. La peau n'est pas saine dans cet intervalle, elle paraît légèrement tuméfiée et parsemée de légères saillies papuleuses également rosées. Plus en dehors, on voit une autre plaque semblable bien que moins saillante ; il se produit une légère desquamation des téguments autour de ces plaques et dans l'épaisseur des sourcils. La coloration jaune pâle du teint contraste avec la rougeur des parties malades. Le sang renferme un globule blanc pour 184 globules rouges ; cette leucocytose s'explique suffisamment par l'état d'anémie dans lequel l'abondance de la suppuration a fait tomber la malade.

Examen histologique. — L'examen histologique, pratiqué par M. Jeanselme, a porté sur un fragment du bourrelet qui limite l'ulcération (1).

Les différentes couches de l'épiderme sont normales. Au voisinage de l'ulcération, la limite entre le derme et l'épiderme perd sa netteté. Les cellules de la couche basale ne sont plus distinctes ; elles sont masquées par de nombreux éléments arrondis, identiques à ceux qui sont contenus dans les papilles. Malgré cet envahissement de l'épiderme par des cellules rondes, le noyau et les tractus d'union des cellules de Malpighi sont encore bien visibles.

Les annexes de la peau paraissent peu altérées, du moins dans la partie la plus éloignée de l'ulcération. Les follicules pileux sont tout à fait normaux ; leurs muscles sont bien développés. Le fond des culs-de-sac des glandes sébacées commence à être envahi par les cellules de nouvelle formation. Une seule glande sudoripare existe sur la coupe, elle paraît saine.

Dans le corps papillaire, on observe une infiltration abondante d'éléments arrondis ou polyédriques par pression réciproque ; le noyau de ces cellules est difficile à distinguer, il paraît occuper la plus grande partie du corps cellulaire. Des faisceaux de fibres sont interposés entre les traînées de jeunes éléments.

Dans la portion du derme sous-jacente aux papilles, des cellules arrondies, semblables à celles qui sont disséminées dans le corps papillaire, forment de grandes nappes continues dans lesquelles les éléments sont tassés les uns contre les autres. De grandes travées d'un rose pâle, constituées par les faisceaux fibreux du derme dissocié, coupent ce tissu lymphoïde.

Quand on envisage des régions du derme voisines de l'ulcération, on remarque que tous les éléments, cellules arrondies et travées fibreuses, deviennent moins nets et se colorent mal ; sur la limite de l'ulcération on ne distingue que très vaguement les contours des éléments sur le fond rose sale.

(1) Nous avons eu recours aux trois modes de durcissement suivants : A, alcool au tiers, gomme, alcool ; B, liqueur de Müller, gomme, alcool ; C, alcool absolu.

Le réseau élastique est conservé même dans les parties qui ont subi la mortification.

Les coupes traitées par le pinceau montrent un *réticulum* très net dans les mailles duquel des cellules sont encore adhérentes.

Les vaisseaux semblent peu altérés ; mais dans la partie qui confine à l'ulcération, il sont presque tous oblitérés par des bouchons fibrineux.

On voit que les résultats histologiques viennent confirmer le diagnostic de mycosis en dénotant, d'une part, l'existence, dans le tissu morbide, d'un fin réticulum, analogue à celui des ganglions lymphatiques; d'autre part, la présence d'amas de cellules qui ont plutôt les caractères de cellules fixes du tissu conjonctif que ceux de leucocytes migrateurs ; cependant c'est surtout sur la clinique que nous nous appuyons pour affirmer qu'il s'agit bien d'un mycosis; en effet la signification du réticulum a été récemment mise en doute par Philippson et nous avons vu que les caractères des éléments cellulaires n'étaient pas suffisamment pathognomoniques pour fournir une base indiscutable au diagnostic : il n'en est pas de même des caractères cliniques : les plaques ovalaires, rosées, légèrement saillantes dont nous avons signalé la présence sur le front n'appartiennent guère qu'à cette maladie ; nous avons vu qu'une des néoplasies, développée dans le cuir chevelu, a disparu, par évolution rétrograde, sans laisser d'autres traces qu'un peu d'épaississement de la peau et de l'alopécie; c'est encore là une particularité que l'on n'observe guère que dans le mycosis et certains sarcomes; nous considérons enfin comme tout à fait particulier à cette maladie, et suffisant pour établir le diagnostic, le bourrelet qui circonscrit la grande ulcération comme l'anneau qui enserre un verre de montre ; sa forme en cercles ou fragments de cercles, le régularité parfaite de la surface convexe par laquelle il se confond avec les parties voisines, sa consistance ferme sans dureté, l'absence complète d'irrégularités et d'anfractuosité dans son contour, le renversement en dehors qu'il présente en certain point, sont des caractères qui, dans leur ensemble, lui appartiennent en propre ; il suffit, pour s'en convaincre, d'étudier, à ce point de vue, les tumeurs mycosiques ulcérées dont les moulages sont exposés dans le musée de Saint-Louis, et particulièrement celles d'un malade de M. Fournier (pièces 1180, 1295 et 1343), et d'un malade de M. Després (pièce 942) et aussi les moulages 1458 et 513 de M. Besnier ; dans ces reproductions, on retrouve le même bourrelet, avec les caractères que nous lui avons assignés.

Les seules néoplasies avec lesquelles celles de cette malade pourraient être confondues sont certaines tumeurs sarcomateuses : comme elles, celles-ci peuvent disparaître sans laisser de traces, s'escharrifier et s'accompagner d'une infiltration diffuse des téguments ; mais il s'agit là d'affections fort voisines et il est bien probable qu'une

partie des tumeurs décrites sous le nom de sarcomes appartiennent en réalité au mycosis fongoïde.

Plusieurs particularités dans l'observation de notre malade nous paraissent mériter d'être relevées.

Nous signalerons, en premier lieu, cette aréole érythémateuse d'un rouge sombre intense, occupant une surface de plusieurs centimètres de diamètre au-devant de la tumeur, s'accompagnant d'une infiltration œdémateuse des téguments; ce n'est pas là un érythème banal, mais une lésion spécifique, de même nature que la néoplasie dont elle constitue la zone d'envahissement.

Il existe concurremment, comme dans l'observation I de MM. Vidal et Brocq, un œdème des parties voisines de la face.

Nous ferons remarquer, d'autre part, l'étendue et la profondeur du sphacèle ; pareil fait avait déjà été signalé dans le mémoire de MM. Vidal et Brocq ; il est exceptionnel : rarement on a vu la peau et le tissus sous-jacent se trouver détruits par une tumeur dans une étendue aussi considérable et le squelette se trouver mis à nu.

Comme faits négatifs intéressants, nous noterons l'absence complète du prurit, ce symptôme dominant des formes érythrodermiques et lichénoides de la maladie et l'absence des adénopathies qui, dans ces mêmes formes, atteignent d'ordinaire des proportions si considérables.

Le mode de progression de la tumeur ulcérée est tout différent de celui que l'on observe habituellement et est au plus haut degré digne d'attention. Nous avons vu en effet que, sous nos yeux, à trois semaines d'intervalle, les dimensions de la surface ulcérée se sont accrues dans de notables proportions : deux centimètres dans un sens, un dans l'autre ; or, le bourrelet étant devenu plutôt moins volumineux par suite de la chute partielle des masses escharifiées qui le recouvraient, il est évident qu'*il a dû progresser en même temps qu'il continuait à se détruire partiellement par gangrène dans sa partie interne* ; il ne s'agit donc pas seulement, comme il paraît être de règle dans les néoplasies mycosiques, d'un processus ulcéreux lié à l'évolution rétrograde d'une masse néoplasique ; l'*ulcération marche parallèlement à la progression,* comme elle paraît le faire souvent dant la syphilis. Nous ajouterons enfin que les thromboses signalées dans les petits vaisseaux constituent, selon toute vraisemblance, les causes prochaines de la gangrène. MM. Vidal et Brocq ont de même observé, chez leur premier malade, l'existence de phlébites multiples avec thromboses dans la moitié de la face correspondant aux tumeurs péricrâniennes.

Nous formulerons ainsi qu'il suit les conclusions de notre travail :

1° *Les ulcérations des néoplasies mycosiques peuvent être consécutives à une gangrène profonde et massive de leur tissu* ;

2° *Elles peuvent, comme l'ont vu MM. Gillot, Vidal et Brocq, mettre à nu le squelette ;*

3° *Elles peuvent s'étendre par la progression continue excentrique du bourrelet qui les circonscrit et la destruction concomitante par sphacèle de sa partie interne ;*

4° *La zone d'envahissement de ces néoplasies peut être constituée par une aréole d'un rouge sombre et intense de plusieurs centimètres de diamètre ; la peau est épaissie à son niveau et œdémateuse ;*

5° *Le diagnostic repose surtout sur la coexistence de néoplasies mycosiques non ulcérées d'aspect pathognomonique ;*

6° *Les caractères du bourrelet qui circonscrit l'ulcération, sa disposition en cercles ou en fragments de cercles, la parfaite régularité de ses contours et de ses bords, l'un convexe, l'autre abrupt, son extension par progression excentrique avec sphacèle concomitant de sa partie interne appartiennent également en propre à ces néoplasies ;*

7° *L'absence de prurit et d'adénopathies contribue à différencier ce mycosis d'emblée des formes érythémateuse et mixte.*

8° *L'oblitération par prolifération des endothéliums et thrombose des petits vaisseaux explique les gangrènes si profondes et étendues qui viennent compliquer cette forme.*

Un cas de mycosis fongoïde avec gangrène progressive, localisation palatine et induration scléreuse presque généralisée de la peau.

Par MM. H. Hallopeau et E. Jeanselme.

Voici encore un malade qui tout en présentant les caractères classiques du mycosis d'Alibert dans sa forme typique, offre plusieurs particularités exceptionnelles et dignes d'attirer l'attention.

Observation. — God..., âgé de 72 ans, laveur de voitures, entre le 8 novembre 1891 à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Hallopeau.

Commémoratifs. — Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires : son père est mort à 80 ans, sa mère à 62 ans, tous deux d'affections aiguës qui ont évolué en quelques jours.

Sa femme et sa fille, également de tempérament robuste, ont toujours joui d'une excellente santé. Lui-même n'a jamais fait la moindre maladie et ne présense aucun antécédent syphilitique.

Il aurait eu, il y a deux ans et demi, deux anthrax, ou du moins deux tumeurs considérées comme telles, dont on retrouve les cicatrices au-devant de la poitrine et au-dessus de l'épaule gauche.

Environ six mois après, survint un violent prurit, intense surtout dans les plis articulaires, particulièrement au niveau des coudes et des genoux ; il n'a pas cessé depuis cette époque de tourmenter le malade et sévit encore catuellement en conservant les mêmes caractères.

En dehors de ces démangeaisons, cet homme, peu soucieux de sa personne, ne s'était aperçu d'aucune modification du côté de ses téguments, quand il y a six mois apparurent, presque simultanément, deux tumeurs sur le bras gauche, l'une du volume d'un œuf, en arrière de sa partie médiane, l'autre à sa partie supéro-interne, mais beaucoup moins saillante que la première. Ces tumeurs se sont rapidement ulcérées, puis affaissées, ne laissant qu'une cicatrice brunâtre à la place qu'elles avaient occupée pendant près de cinq semaines.

Sur ces entrefaites, l'épaule droite devint subitement douloureuse et tuméfiée à la suite d'une fatigue ; dès le lendemain, l'impotence était presque complète et, depuis cette époque, le malade est à peu près incapable de s'habiller sans aide.

Dans l'espace de cinq mois, de juin à octobre de l'année présente, se développèrent les différentes tumeurs que l'on observe actuellement. Les premières en date occupent la joue gauche ; celle qui existe dans la région sus-épineuse gauche a paru peu de temps après. Puis, insensiblement, sans qu'il soit possible de fixer une époque pour l'apparition de chacun des néoplasmes, la face et le reste du corps ont pris l'aspect qu'ils présentent au moment de l'entrée à l'hôpital.

État actuel (8 novembre 1892). — Il s'agit d'un homme de constitution vigoureuse, dont l'état général est encore assez satisfaisant.

La face est presque entièrement recouverte de tumeurs dont le volume est très variable. Elles ont toutes une teinte d'un rouge violacé et une consistance assez ferme. Une large plaque, due à la confluence de petites tumeurs hémisphériques, a envahi la région frontale d'une tempe à l'autre, ne respectant qu'un liséré de peau saine, large d'un travers de doigt, au-dessus de chaque sourcil, et un semblable un peu plus large le long de la ligne d'implantation des cheveux. Ce second liséré, surtout plus large sur la ligne médiane, donne à la limite supérieure des lésions la configuration d'un fer à cheval à convexité inférieure. Les tumeurs constituantes atteignent le diamètre d'une pièce de 20 centimes ; quelques-unes se distinguent par un volume plus considérable, presque triple, des tumeurs environnantes. Quatre des néoplasies qui atteignent ces dimensions sont groupées dans l'espace intersourcilier, deux autres occupent la moitié gauche du front.

Les joues sont déformées par plusieurs tumeurs qui ont en moyenne la grosseur d'une petite noix. Cinq d'entre elles constituent, sur la joue gauche, un groupe irrégulièrement circulaire du volume d'une mandarine ; deux seulement s'élèvent sur la joue droite, l'une au centre de la région, l'autre plus haut vers la partie externe de l'orbite. Plusieurs portent une petite pustule centrale d'où la pression fait sourdre une gouttelette de liquide purulent. Sur le reste de la face, ainsi que sur les régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire, sont disséminées des saillies de moindre importance dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un grain de chènevis. Le derme, dans les points où les tumeurs sont le moins développées, tels que les plis naso-géniens, acquiert une épaisseur considérable. En s'étendant au pourtour des orifices de la face, cet épaississement y provoque des déformations importantes : le rétrécissement des ouvertures palpébrales,

l'élargissement du nez, le renversement de la lèvre inférieure qui rend plus apparentes les taches brunes et les dilatations vasculaires dont elle est le siège. Au cou, cet épaississement crée un double menton que le malade, pourvu cependant d'un embonpoint assez développé, ne possédait pas auparavant (le moulage de ce visage a été fait par M. Baretta et déposé au Musée).

La nuque est hérissée de granulations qui varient du volume d'un grain de chènevis à celui d'une lentille, et les plis normaux de la peau sont beaucoup plus prononcés qu'à l'état normal. Ici, comme au front et aux tempes, les lésions s'arrêtent au cuir chevelu qu'elles respectent dans toute son étendue.

A la face antérieure du tronc, les téguments sont épaissis, augmentés de consistance et criblés de taches pigmentaires de 4 à 5 centim. carrés auxquelles se mêlent quelques plaques rosées légèrement saillantes et indurées, analogues à celles de l'érythème noueux.

Les mêmes lésions se retrouvent sur le dos, à part que les nouures rosées y sont plus accentuées et que la fosse sus-épineuse gauche est occupée dans sa partie interne, par une ulcération elliptique, de la superficie d'une pièce de cinq francs et recouverte d'une eschare sèche. Elle est limitée par un bourrelet rouge et ferme, large de 5 millim. à sa base, élevé de 8 millim. au-dessus de la peau et remarquable par sa forme régulièrement circulaire, convexe en dehors, abrupte en dedans.

Aux flancs et à la région lombaire, l'épaisseur de la peau est si prononcée qu'il est à peu près impossible de lui imprimer le moindre pli. Elle est encore plus accusée à la partie postéro-externe des bras ; l'induration en ce point n'intéresse pas seulement le derme dans toute son épaisseur, elle s'étend en outre au tissu cellulaire sous-cutané.

La pigmentation et les plis de la peau sont très exagérés sur les membres supérieurs ; les plis en s'entre-croisant y constituent un quadrillé assez régulier et l'on y retrouve les mêmes taches brunâtres que sur le tronc auxquelles s'associe une rougeur diffuse un peu sombre sur le dos des avant-bras et des bras.

Une altération profonde des annexes de la peau accompagne ces lésions. Les poils atrophiés et raréfiés font presque entièrement défaut aux aisselles et aux membres supérieurs.

Un examen minutieux révèle à la face dorsale des mains un état ponctué qui semble correspondre à la dilatation des follicule pilo-sébacés.

Les ongles eux-mêmes participent à ces altérations ; ils se font remarquer par leur aspect luisant ainsi que par les stries verticales et transversales qui les sillonnent.

L'enveloppe cutanée est un peu épaissie sur la verge et les bourses.

Aux membres inférieurs, la peau est très épaissie et recouverte de nodosités et de macules pigmentaires, surtout au niveau des cuisses ; on observe en outre, sur les jambes, de larges surfaces, pour la plupart décolorées, quelques-unes bronzées, que le malade fait remonter à un état variqueux ancien. Sur le dos des pieds, l'épiderme est dur, noirâtre et desquamé légèrement par places. On constate sur la face dorsale des pieds, comme aux mains, des orifices pilo-sébacés dilatés et privés de leurs poils.

Une masse ganglionnaire, du volume d'un œuf de pigeon, occupe chaque pli de l'aine. Par contre, on ne sent à la palpation que quelques ganglions de la grosseur d'une noisette dans les aisselles, et deux autres du même volume dans la région carotidienne gauche, l'un à la hauteur du larynx, l'autre en arrière de l'angle du maxillaire.

La cavité buccale paraît saine; mais on aperçoit, au sommet de la loge amygdalienne gauche, entre les piliers antérieurs et postérieurs, une tumeur à surface inégale et violacée, grosse comme une petite noisette. Au-dessous, une petite tumeur satellite de la dimension d'une lentille est interposée entre la première tumeur et l'amygdale. La portion du voile du palais située au-devant d'elles présente une surface irrégulière et une coloration érythémateuse.

L'examen des fosses nasales et du larynx, pratiqué par M. Potiquet, n'a révélé qu'un peu d'épaississement et de rougeur de la face latérale droite de l'épiglotte, altération dont il serait téméraire, pour l'instant, de vouloir préjuger la nature.

Les viscères abdominaux, le foie et la rate offrent leurs dimensions normales. Il n'existe ni glycosurie, ni albuminurie.

L'auscultation fait entendre un faible prolongement du premier bruit à la pointe du cœur, et quelques râles ronflants et sous-crépitants, vers les bases des poumons.

Le sang, pris au niveau de l'index, contient un globule blanc pour 210 globules rouges. Le sang puisé au niveau d'une tumeur mycosique renferme 1 leucocyte sur 205 hématies.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital, les néoplasies ont pris une extension rapide, beaucoup ont doublé de volume et il en est apparu plusieurs nouvelles.

L'ulcération qui siège dans la fosse sus-épineuse gauche s'est notablement agrandie, tout en restant régulièrement elliptique et sans que les dimensions du rebord qui l'enchasse se soient accrues.

Examen histologique. — Il a porté : 1° sur un nodule violacé, du volume d'une lentille, situé sur la joue gauche; 2° sur un fragment de bourrelet qui circonscrit l'ulcération située dans la fosse sus-épineuse gauche (1).

1° *Nodule de la face.* — A un faible grossissement (ocul. I, obj. 2, Vérick), sur une coupe perpendiculaire à la surface de la peau, on remarque que la limite entre le derme et l'épiderme est presque rectiligne et à peine ondulée par suite de la disparition des bourgeons épidermiques interpapillaires et des papilles. La partie la plus superficielle du derme, celle qui représenterait le corps papillaire si les papilles existaient encore, forme une bande qui a conservé son aspect à peu près normal, mais qui est pourtant infiltrée d'une quantité assez considérable de jeunes éléments qui sont vivement colorés par le carmin ou l'hématoxyline.

Dans la région qui correspond au derme proprement dit, il n'existe plus aucun vestige de la structure normale de la peau. Aux faisceaux fibreux s'est substitué un tissu formé de cellules arrondies tassées les unes contre les autres et rappelant par son aspect la coupe d'un ganglion lympha-

(1) Nous avons eu recours aux trois modes de durcissement suivants : A, alcool au tiers, gomme et alcool ; B, liqueur de Müller, gomme et alcool ; C, alcool absolu.

que. La transition entre la bande de derme à peu près sain et le tissu lymphoïde n'est pas brusque ; il existe une zone intermédiaire dans laquelle on constate des traînées de cellules infiltrées entre les faisceaux fibreux du derme.

Sur les coupes qui n'intéressent que la périphérie du nodule, la bande de peau saine a une hauteur uniforme, à peu près double de celle de l'épiderme. Mais, si l'on examine des coupes passant par un point plus rapproché du centre de la tumeur, on constate que la bande dermique diminue d'épaisseur dans sa partie moyenne. En effet, le tissu lymphoïde sous-jacent fait une saillie de plus en plus marquée, amincit la bande dermique et arrive au contact des couches profondes de l'épiderme. Sur les coupes passant par le méridien du nodule, la partie culminante du tissu lymphoïde est à nu au fond d'une petite ulcération microscopique, cupuliforme, résultant de la chute de l'épiderme en ce point.

A un fort grossissement (ocul. III, obj. 7, Vérick), on constate que les cellules épithéliales de la couche basale et du corps muqueux de Malpighi sont normales, mais les cellules les plus superficielles et les plus aplaties de l'épiderme conservent un noyau visible, de sorte que la couche cornée n'existe pas à proprement parler. Au voisinage de l'ulcération microscopique que nous avons signalée, les diverses couches épidermiques sont bouleversées, le corps muqueux de Malpighi s'amincit rapidement, mais la couche sus-jacente constituée par des cellules aplaties à noyaux encore apparents s'épaissit dans les mêmes proportions, si bien que l'épiderme conserve son épaississement normal. On n'observe pas de cellules migratrices entre les cellules épithéliales.

Il n'existe aucun vestige des follicules pileux. On ne voit, sur toute l'étendue de la coupe, qu'une seule glande sébacée ; elle peut être suivie sur plusieurs coupes ; elle paraît normale dans toute sa longueur.

Les cellules qui constituent le tissu lymphoïde ont le volume d'un leucocyte environ. Elles sont ordinairement arrondies ou plutôt polygonales par pression réciproque, certaines sont fusiformes. Cette configuration assez irrégulière s'observe même sur des points où les cellules forment des traînées d'infiltration et sont distantes les unes des autres. Le noyau est volumineux, peu distinct du corps cellulaire qu'il remplit presque entièrement. Tous ces éléments sont à peu près d'égal volume ; on n'observe pas de cellules géantes.

Les coupes traitées par le pinceau montrent un fin *réticulum* d'une grande netteté qui s'insère sur le pourtour des vaisseaux.

Le réseau élastique paraît avoir complètement disparu.

Les vaisseaux, forment dans la bande sous-épidermique, de vastes sinus, ce qui explique la coloration violacée des néoplasies ; on remarque en outre que certains vaisseaux sont obstrués par des cellules identiques à celles qui infiltrent les régions voisines. Les vaisseaux qui sont plongés dans le tissu lymphoïde présentent très fréquemment cette altération. L'ischémie qui en résulte a probablement entraîné une nécrobiose qui a été l'origine de l'ulcération.

2° *Coupe intéressant le bourrelet de l'ulcération de la fosse sous-épineuse.* — A un faible grossissement, on remarque que l'épiderme est très

épaissi et que les noyaux sont visibles même dans les cellules les plus superficielles. Les glandes pilo-sébacées font défaut.

Dans les papilles qui sont allongées et effilées ainsi que dans le reste du derme sont disséminés de nombreux infiltrats de jeunes cellules vivement colorées. Ces amas sont irréguliers, ordinairement allongés transversalement et déchiquetés sur leurs bords. Au voisinage de la surface ulcérée, ces amas deviennent considérables et s'unissent en une nappe presque continue, mais en aucun point les faisceaux fibreux du derme n'ont disparu, ils sont seulement dissociés par de minces traînées cellulaires.

A un fort grossissement, on voit que les traînées suivent le trajet des vaisseaux. Les cellules qui les constituent sont polygonales pour la plupart, mais certaines sont allongées ou piriformes. Le réseau élastique est très bien conservé.

Les altérations histologiques que nous venons de décrire, et surtout les caractères cliniques de l'éruption, démontrent que notre malade est atteint de mycosis fongoïde et non de l'une des variétés de la sarcomatose cutanée.

Ce diagnostic différentiel est d'autant plus important à préciser dans le cas actuel que des tumeurs sarcomateuses ont été plusieurs fois observées sur la muqueuse bucco-pharyngée. Dans le mycosis, au contraire, cette localisation ne paraît pas avoir été encore signalée. Pourtant, chez un malade du service de l'un de nous, dont l'histoire a été publiée par M. Perrin sous le titre de dermato-sarcome multiple idiopathique, mais qui était sans doute atteint de mycosis fongoïde puisque l'examen histologique des tumeurs cutanées, pratiqué par M. Gilbert, a révélé l'existence d'un fin réticulum, des déterminations néoplasiques furent notées du coté de l'isthme du gosier et du pharynx.

Le second point sur lequel nous voulons insister, c'est l'*induration scléreuse* de la peau qui est des plus remarquables. Ce n'est pas le simple épaississement signalé par Kaposi et par nous-mêmes dans les érythrodermies mycosiques. Ici, l'infiltration est beaucoup plus considérable ; elle envahit par places le tissu cellulaire sous-cutané ; la consistance de la peau est comme ligneuse en certaines régions ; au lieu d'être trop large pour les parties sous-jacentes, comme dans la plupart des érythrodermies, elle ne peut être plissée malgré l'amaigrissement du malade. Cette altération tégumentaire rappelle celle que l'on observe dans certaines formes de sclérodermie.

L'épaississement scléreux de la peau doit-il être mis sur le compte d'irritations mécaniques et en particulier du grattage provoqué par le prurit intense dont le malade souffre depuis longtemps, ou bien le prurit n'est-il que l'expression et la conséquence de l'infiltration mycosique du derme ? Cette dernière hypothèse est la plus vraisem-

blable, puisque la même induration a été observée à un degré moindre dans les cas d'érythrodermie mycosique généralisée.

Les *taches pigmentaires*, disséminées en si grand nombre sur la peau de notre malade, méritent également d'attirer l'attention. Nous les avons de même signalées antérieurement chez des sujets atteints de la forme érythrodermique.

Bien que notre malade ne présente pas de rougeur prononcée de la peau, et il affirme n'avoir jamais remarqué aucune rougeur vive étendue sur son corps, il est impossible de ne pas être frappé des analogies qui existent entre la modification cutanée que nous venons d'étudier et celle qui caractérise les variétés de mycosis atypiques décrites récemment sous les noms de lymphodermie pernicieuse et d'érythrodermie scarlatiniforme ; on retrouve, en effet, dans les deux cas, l'induration, la pigmentation, le prurit intense et les adénopathies multiples.

En dernier lieu, nous devons insister sur les caractères de l'*ulcération gangreneuse* située dans la fosse sus-épineuse gauche. Ils offrent une grande ressemblance avec ceux de la grande ulcération décrite chez la malade que l'un de nous vient de présenter avec M. Phulpin. C'est le même rebord en bourrelet régulièrement circulaire, arrondi en dehors, abrupt en dedans, large de 5 à 10 millim., de couleur rouge, de consistance ferme, semblable par sa forme au cadre d'un verre de montre ; c'est la même eschare centrale ; c'est surtout la même progression excentrique, indiquant nettement que l'ulcération se fait aux dépens de ce bourrelet périphérique qui se détruit dans sa partie interne à mesure qu'il s'étend en dehors. L'ulcération et la gangrène sont liées, selon toute vraisemblance, à l'ischémie consécutive à l'oblitération des capillaires sanguins.

Conclusions. — 1° Les tumeurs mycosiques peuvent se localiser dans la fossette sus-amygdalienne.

2° En l'absence d'érythrodermie généralisée, la peau des mycosiques peut être le siège d'une induration scléreuse très marquée, d'un prurit intense et de nombreuses taches pigmentaires.

3° Il peut se développer, dans les mêmes conditions, des adénopathies volumineuses et multiples : elles ne sont donc pas liées nécessairement à l'érythrodermie.

4° Les ulcérations mycosiques sont entourées d'un bourrelet caractéristique.

5° Elles s'étendent par la progression excentrique de ce bourrelet et la destruction simultanée de sa partie interne.

6° Le processus d'escharification a probablement pour cause l'oblitération des petits vaisseaux.

Éruption lichénoïde datant de 14 ans, à exacerbations estivales,

Par le Dr Du Castel.

Le nommé Vanier, journalier, âgé de 38 ans est entré salle Hillairet, le 22 octobre 1892, lit n° 21.

Antécédents héréditaires. — Mère cardiaque morte à 63 ans.

Père âgé de 68 ans, bien portant, a eu, paraît-il, autrefois une affection cutanée (?).

Le malade a un frère et une sœur qui sont bien portants.

Antécédents personnels. — Dit avoir eu une conjonctivite scrofuleuse dans l'enfance; il est d'un tempérament nerveux, ne présente pas de signe d'alcoolisme, ni d'hystérie.

Début. — Il y a 14 ans, au mois de mai 1878, le malade ressentit aux parties un prurit violent qui s'accompagna bientôt d'érythème avec suintement et poussées furonculeuses; cette affection s'étendit rapidement à toute la surface cutanée et a présenté son maximum d'intensité vers le mois de juillet pendant les fortes chaleurs; la guérison s'opéra pendant les mois d'août et de septembre, l'hiver se passa sans aucun incident remarquable.

Mais tous les ans à la même époque, la même éruption reparaît sans aggravation appréciable, les années chaudes sont particulièrement favorables à son développement, elle présente alors une intensité plus grande En 1878 le malade entra à l'hôpital, où il fut traité par les bains d'amidon et la pommade à l'oxyde de zinc. Le malade fit un nouveau séjour à l'hôpital les deux années suivantes, où on lui fit le même traitement (service de M. Vidal).

Dernière poussée. — Quelques jours avant l'apparition de la dernière poussée, le malade s'est plaint de vertiges, lourdeur de tête, éblouissements, énervement, phénomènes dont la disparition a coïncidé avec l'apparition de l'éruption. Le malade présente actuellement une séborrhée ancienne du cuir chevelu avec chute des cheveux, un certain gonflement du visage et du nez, gonflement bien plus apparent au moment de la poussée et qui s'accompagne alors de coryza, d'éternuements, congestion de la face.

Cette année, la poussée a débuté par la face, où l'on remarque encore des squames non confluentes, se détachant facilement, et quelques traces d'abcès acnéiformes; la barbe est respectée, les oreilles présentent les mêmes lésions que la face, la langue est d'une teinte nacrée sans plaques de sclérose bien nettes; la partie interne des joues ne présente rien de remarquable.

La peau du cou est rugueuse, papuleuse, avec de légères squames, on y voit de nombreuses traces de furoncles, la peau y présente un épaississement surtout très net à la partie postérieure.

La poitrine est peu atteinte, il existe de petits abcès cutanés surtout au-dessous des mamelles; dans le dos, on remarque des placards squameux entre les deux épaules, mais c'est surtout dans la région des reins, la

paroi abdominale et la région fessière que l'éruption atteint une confluence remarquable, la peau y présente un fin granité qui lui donne un aspect maroquiné, constitué par des infiltrations périglandulaires du derme profond.

Aux cuisses l'éruption a l'aspect d'un érythème scarlatiniforme, l'épaississement de la peau y est notable, il est accompagné d'un certain état de dureté qui fait qu'on la traverse difficilement avec une aiguille ; le dos du pied, des orteils est fortement lésé, on y observe le même état granité mais avec épaississement de la peau ; les espaces interdigitaux sont recpectés ainsi que la plante des pieds ; sur les orteils l'éruption prend la forme vésiculeuse (les bords marginaux des pieds sont nettement délimités par un arrêt de l'éruption).

Les bras sont aussi atteints, la peau y est rugueuse, sèche, épaissie, l'éruption présente plus de confluence à la face postérieure qu'à la face antérieure ; le dos de la main est très fortement pris ; la paume de la main est respectée. Le jarret, le pli du coude sont aussi à peu près indemnes. On trouve des ganglions aux aines, dans l'aisselle ; au moment de la poussée ils deviennent plus volumineux, le malade ressent un prurit très violent, il est pris de temps en temps de sueurs profuses qui débutent par la face antéro-interne des cuisses ; les poils ont disparu aux jambes, la peau est fortement pigmentée avec une légère teinte bleuâtre ; lorsqu'on la déprime sous un verre de montre elle reste grisâtre. Les follicules pilo-sébacés sont hypertrophiés. L'état général est bon.

En résumé, Messieurs, voici un malade dont l'affection remonte à 14 ans, s'accompagne chaque année d'exacerbations estivales intenses obligeant le malade à suspendre ses travaux ; dans l'intervalle, il reste très peu de chose, tout au plus un peu d'épaississement de la peau des membres inférieurs et des avant-bras ; au moment des grandes poussées, le prurit est intense ; les sueurs, profuses ; l'éruption généralisée ; il se produit sur toute la surface du corps de petites infiltrations du volume d'un grain de millet, qui paraissent se faire au pourtour des appareils glandulaires, qui restent indépendantes les unes des autres, et donnent à l'ensemble de la surface cutanée un aspect lichénoïde, de maroquin ; en même temps se produisent de nombreux abcès rappelant une diathèse furonculeuse. Quelle étiquette faut-il donner au juste à cette affection ? Quel en est le point de départ ? Relève-t-elle d'un vice de fonctionnement de l'appareil sudoral qui paraît profondément troublé chez notre malade ? Quel est l'avenir de l'affection ? Autant de questions auxquelles je suis embarrassé de répondre et pour la solution desquelles je serais heureux d'avoir l'avis de la Société.

M. Besnier. — Je suis heureux que M. Du Castel ait présenté ce sujet à la Société. En effet, parmi les malades que nous voyons défiler ici avec le diagnostic de prurigo ou de lichen, quelques-uns, dont la lésion

cutanée présente quelque chose d'ambigu, d'inaccoutumé, sont en réalité à la première période du mycosis fongoïde ; dès cette période le diagnostic peut être fait par la biopsie. L'observation du malade de M. Du Castel devra donc être complétée par l'examen histologique. Elle prendra ainsi toute sa valeur.

Lupus scléreux à marche serpigineuse offrant certains caractères syphiloïdes.

Par M. CH. E. QUINQUAUD.

Grâce aux recherches d'E. Vidal, de Leloir, de Riehl et de Paltauf, travaux admis par Ern. Besnier et Brocq, on connaît mieux qu'autrefois les altérations scléreuses dans les scrofulo-tuberculoses cutanées ; néanmoins les caractères de ces lésions se présentent avec une physionomie telle, que le clinicien hésite entre une scrofulo-tuberculose, une syphilide ou même certains épithéliomes de la peau. Heureusement la science du diagnostic a progressé, et le plus souvent l'histologie et l'expérimentation permettent de résoudre le problème avec une grande exactitude ; c'est ce qui a eu lieu pour le cas suivant, que nous rapportons en détail.

Voyons d'abord l'observation dont une partie a été prise par M. Morax, interne du service.

Matig..., Hippolyte, âgé de 42 ans, est entré le 18 août 1891 à la salle Cazenave et couché au nº 31.

Antécédents héréditaires. — On ne relève *aucun antécédent tuberculeux* ou scrofuleux dans la famille. Ses parents sont tous morts à un âge avancé.

Antécédents personnels. — Pas d'affections spéciales dans l'enfance, santé robuste.

En 1870, fait partie de l'armée de l'Est, achève la campagne *sans avoir fait un jour de maladie.* En 1872, contracte *une bronchite avec hémoptysie* qui le force de s'aliter ; émaciation très accusée pendant le cours de cette bronchite. *Pleurésie*, diagnostiquée mais non ponctionnée ; après s'être alité 4 mois il se rétablit presque complètement et, en dehors de l'expectoration purulente qui persiste jusqu'en 1878, il ne présente *plus de symptômes pulmonaires.* En 1878, il part pour la Réunion ; la 5e année de son séjour, il contracte les *fièvres intermittentes* avec des accès bi-mensuels. A la fin de cette 5e année, il est atteint d'un *accès pernicieux hyperthermique* dont il ne se rétablit qu'au bout d'un mois ; bientôt il rentre en France. Il a de nouveaux accès à son arrivée à Marseille. De retour à Paris en 1885, il y contracte un *chancre mou ;* il le lave avec du vin aromatique et le saupoudre avec du calomel. Le chancre guérit en 10 jours, mais il se forme un *bubon très douloureux.* Un médecin consulté lui fait appliquer un bandage herniaire. Le malade ne pouvant le supporter va consulter le Dr Lesur, qui ordonne des cataplasmes. Le *bubon s'ouvre* laissant écouler une grande quantité de pus, puis on lui fait une *cautérisation au thermocautère*, mais la plaie ne s'est pas refermée, la région reste très douloureuse ; la suppuration persiste longtemps.

Plus tard il reste 26 jours dans le service de M. Fournier, où on le traite par des frictions et par l'iodure de potassium, sans amélioration.

M. Besnier et M. Humbert auraient prononcé le mot de *syphilide serpigineuse.*

Trois mois après l'ouverture spontanée du bubon, la plaie avait l'étendue de la paume de la main, et, malgré de nouvelles cautérisations au thermocautère, l'ulcération a suivi sa marche serpigineuse, se cicatrisant au centre et s'ulcérant à la périphérie en formant des ulcérations polycycliques. De la région inguinale droite où la lésion a débuté, les ulcérations ont successivement envahi la fesse droite en contournant le grand trochanter et la partie interne et supérieure de la fesse. Le sillon interfessier a été envahi il y a 17 mois. Actuellement l'ulcération siège à la limite externe de la fesse gauche.

En 1890, il est entré dans le service du Dr Besnier où on lui a appliqué le traitement spécifique. Il en est sorti dix jours après. En août 1891, il entre à la salle Cazenave où on le traite par des topiques (iodoforme, compresses créosotées, résorcinées, etc.).

En août 1892. 1re injection de tuberculine de 1 milligr. Pas de réaction.

En septembre 1892. 2e injection de tuberculine de 2 milligr. Réaction typique. Ascension thermique de 1° huit heures après, fièvre intense pendant la nuit.

Céphalée. Rougeur de l'ulcération et picotements très intenses qui ont persisté pendant plusieurs jours. La sécrétion des ulcérations a été plus abondante.

Deux inoculations au cobaye avec des fragments enlevés au niveau des ulcérations.

1re inoculation en mai 1892 ; inoculation négative.

2e inoculation en août 1892 ; inoculation *positive.*

Le cobaye est mort le 8 octobre avec une tuberculose typique généralisée.

Actuellement : État général assez bon. Néanmoins le malade tousse, expectore quelques crachats mucoso-puriformes, teintés parfois de sang ; on entend à l'auscultation en avant : à gauche, une diminution notable du murmure respiratoire avec expiration rude et prolongée, quelques râles ; à droite, respiration supplémentaire. Les vibrations thoraciques sont plus accentuées à droite qu'à gauche. En *arrière*, même diminution du murmure vésiculaire à gauche, tandis que la respiration est soufflante à la racine du poumon droit, peu de râles. Il est incontestable qu'il existe aux sommets des lésions de tuberculose pulmonaire, bien que l'examen bactériologique soit resté négatif.

La lésion cutanée comprend deux aspects différents : une partie *cicatricielle*, qui s'étend de l'aine droite à la région fessière du même côté, occupe toute cette région, s'étend au coccyx, à la région sacro-lombaire pour envahir les 2/3 supérieurs de la cuisse du même côté, le sillon interfessier, l'anus et le 5e de la région fessière gauche; les organes génitaux restent à peu près indemnes. Au niveau de la cuisse, le rebord cicatriciel est *polycyclique, pigmenté*; sur le reste de la cicatrice, en tendant la peau, ou après lavage, on aperçoit des taches ou des nodules *jaunâtres, pigmentés*, dont la structure microscopique est celle d'une cicatrice lisse, sur d'autres

places on sent des *nodules saillants*, durs, entre lesquels existe du tissu cicatriciel déprimé ; nous donnons leur structure plus loin (voir nodules saillants de l'examen des lésions histologiques). De plus, sur la limite de l'ulcération et de la cicatrice, on distingue des *nodules lenticulaires*, rosés, enflammés (voir pour leur structure intime l'examen des lésions histologiques).

Notons encore que la partie cicatricielle donne à la palpation une sensation *de dureté* principalement au niveau des régions les plus récemment cicatrisées.

A la périphérie des lésions cicatricielles de la région fessière gauche, on constate une guirlande d'ulcérations inégales, taillées à l'emporte-pièce, les unes distinctes et séparées, les autres coalescentes, mais toutes *polycycliques* ; elles paraissent formées par l'ulcération de gros tubercules ; les bords sont nettement découpés avec une auréole subinflammatoire ; l'étendue de chaque ulcération est variable de 4 et 14 millim. de diamètre ; la région cicatricielle s'avance jusqu'à l'ulcération, au pourtour de laquelle on voit des nodules rosés, enflammés, dont nous donnons plus loin la structure microscopique (voir l'examen des lésions histologiques), tandis que les altérations qui existent au niveau de l'ulcération sont décrites dans le premier alinéa du même paragraphe.

S'agit-il ici d'une lésion scrofulo-tuberculeuse ou d'une syphilide ? quelle forme de scrofulo-tuberculose ? Ou encore s'agirait-il d'une hybride ? Ou bien la lésion syphilitique aurait-elle été envahie secondairement par des lésions lupiques, ou encore les bacilles tuberculeux auraient-ils envahi par les lymphatiques ou les vaisseaux sanguins des lésions syphilitiques ?

Essayons de résoudre d'abord la première question.

Lésions histologiques (Note de M. Morax).

Au niveau de l'ulcération. — L'ulcération se fait très brusquement. On passe directement d'une région saine au point de vue de son revêtement épidermique à la zone ulcérée qui ne présente plus de traces d'épithélium. Au niveau de la région ulcérée, il existe une infiltration très accusée du derme sans qu'on puisse reconnaître de nodules élémentaires. Dans le derme sous-jacent à l'épiderme sain il y a des nodules assez distincts, quoique l'ensemble du derme soit infiltré de traînées de leucocytes. Dans quelques-uns de ces nodules constitués par des cellules épithélioïdes, on observe plusieurs cellules géantes, mais celles-ci sont peu nombreuses.

Dans les traînées, comme dans les nodules, la plupart des vaisseaux sont lésés, oblitérés ou en voie d'oblitération. La lésion paraît surtout siéger dans l'endartère.

Aux environs de l'ulcération, les papilles sont très hypertrophiées.

Nodule saillant rosé sur les limites de l'ulcération. — Au niveau de ce nodule, les *papilles* sont fortement hypertrophiées. La structure normale du derme est remplacée par un tissu fasciculé n'ayant plus aucune orientation générale. Ce tissu fasciculé rappelle assez bien l'aspect du sarcome fasciculé. Dans ce tissu fasciculé on retrouve de place en place des nodules et des traînées embryonnaires. Dans ces nodules il existe des cellules géantes.

Au niveau du tissu fasciculé, *les vaisseaux* présentent l'aspect des vais-

seaux du sarcome. Ils n'offrent pas de paroi propre et forment un système lacunaire avec de grands lacs hémorrhagiques. Au niveau des nodules et des traînées embryonnaires, les vaisseaux présentent les lésions observées au niveau de l'ulcération (oblitération).

Il faut noter aussi que l'on constate des traînées et des nodules en voie de transformation fasciculée, premier stade vers la sclérose ultérieure.

Nodule saillant et induré dans la région cicatricielle. — L'épiderme est atrophié, les papilles sont à peine indiquées et diminuées de hauteur. La sclérose est plus avancée. La plus grande partie du tissu de sclérose est formée par des nattes fibreuses renfermant peu d'éléments cellulaires. Il existe cependant encore des points où l'apparence fasciculée est très nette et même des îlots embryonnaires. On ne trouve plus de cellules géantes dans ces coupes. Il y a une très grande quantité de pigment dans la coupe.

Ce pigment est surtout abondant au niveau des îlots embryonnaires. C'est un pigment hématique. Il est formé de blocs de grosseurs différentes, ayant en général des formes arrondies tantôt libres (le plus souvent), tantôt contenus dans des cellules. Le pigment est d'autant moins abondant que les nodules sont plus avancés dans leur évolution scléreuse.

Les vaisseaux ne présentent rien de particulier en dehors des lésions notées plus haut.

Cicatrice lisse. — Aplatissement des papilles. Épiderme mince. Derme converti en tissu fibreux avec, de place en place, de petites traînées embryonnaires contenant encore du pigment.

RECHERCHES DES BACILLES DANS LES COUPES. — Un certain nombre de coupes ont été examinées au point de vue de la présence des bacilles de Koch, mais il n'a pas été possible d'en constater.

CONCLUSIONS. — Il s'agit manifestement d'un *type de tuberculose fibreuse* caractérisée par une inflammation nodulaire à tendance fibreuse, dont le caractère tuberculeux n'est révélé au point de vue histologique que par la présence de cellules géantes.

Cette forme de tuberculose offre également la propriété *de s'ulcérer sans fonte caséeuse* par un processus qui paraît purement inflammatoire. Il est à penser que ce processus inflammatoire ne détermine l'ulcération que par l'oblitération vasculaire en certains points. L'existence de troubles circulatoires profonds est démontrée par l'abondance des hémorragies que l'on retrouve plus tard à l'état de dépôts pigmentaires.

Nous reconnaissons partout et toujours des lésions scrofulo-tuberculeuses et rien ne nous autorise à y voir des traces de syphilis.

M. FOURNIER. — L'observation que vient de nous présenter M. Quinquaud est extrêmement intéressante. A l'aspect objectif de cette lésion serpigineuse, à l'aspect de ces ulcérations arrondies, taillées à pic, profondes, on ne peut s'empêcher de penser à une lésion syphilitique.

Toutefois, comme le disait Ricord, tous les phagédénismes se ressemblent, et j'ai vu pour ma part un chancre simple, phagédénique, partir de

l'aine, s'étendre de là excentriquement de façon à présenter en dernier terme l'énorme étendue de 1 m. 50 ou 1 m. 60.

Ici aussi la lésion est partie de l'aine ; elle paraît avoir eu comme point d'origine un bubon suppuré. L'ulcération serpigineuse que nous voyons aurait-elle donc eu au début, elle aussi, et aurait-elle encore un élément chancreux ?

Dans ces derniers temps, on a dit que le phagédénisme était toujours dû à la superposition de nouveaux microbes, d'une infection secondaire à l'infection première ; y a-t-il ici quelque chose de ce genre?

Les recherches de M. Quinquaud, les inoculations qu'il a faites ont démontré avec certitude l'existence dans le cas présent de l'élément tuberculeux ; mais cet élément est-il le seul ? Ne s'est-il pas superposé à l'élément syphilitique préexistant?

Il se passerait ainsi, dans ce phagédénisme mixte de la peau, ce qui se passe dans le poumon avec des cavernes syphilitiques. Une caverne se produit par ramollissement de productions gommeuses, l'examen histologique montre que les bacilles de Koch y font défaut, plus tard ils apparaissent et deviennent très nombreux, plus tard encore, ils disparaissent. Cependant l'état général des malades n'est nullement celui de tuberculeux à la période cavitaire ; ils engraissent, ils ont l'aspect florissant. Que s'est-il passé ? A des lésions syphilitiqnes s'est surajoutée une infection tuberculeuse.

On peut se demander ici, si par un mécanisme analogue, au phagédénisme chancreux ne s'est pas surajoutée l'infection tuberculeuse.

M. Quinquaud. — Le champ est ouvert à toutes les hypothèses. La seule chose nettement démontrée, c'est l'existence d'une lésion tuberculeuse.

C'est en 1885 qu'a commencé l'ulcération serpigineuse dans l'aine ; nous ne connaissons son mode de début que par le récit du malade, qui ne nous permet guère un diagnostic rétrospectif précis. Pour ce qui est de l'adjonction d'un élément syphilitique à l'élément tuberculeux démontré par l'expérimentation, je dois dire que le malade a été soumis sans aucune espèce de bénéfice à un traitement antisyphilitique aussi varié qu'énergique.

Chancre syphilitique de la partie latérale droite du cou. Particularités cliniques.

Par M. Alex. Renault.

La jeune fille de 16 ans que j'ai l'honneur de vous présenter, porte un chancre syphilitique siégeant à la partie latérale droite du cou.

Si j'ai tenu à vous montrer cette lésion, ce n'est pas simplement à cause de la rareté de son siège (je ferai néanmoins remarquer, en passant, que cette localisation est absolument exceptionnelle, puisque sur un total de 581 chancres extra-génitaux, M. le Dr Nivet n'en a signalé que 7 au cou), c'est surtout en raison de certaines particula-

rités cliniques, sur lesquelles je vous demande la permission de retenir pendant quelques minutes votre attention.

Veuillez d'abord considérer cette plaie. Aujourd'hui, elle est en voie de réparation ; mais elle n'a jamais eu de caractères bien nets. D'une dimension égale à une pièce de 50 centimes, de forme ovalaire, elle était peu profonde, indolente, et recouverte d'une croûte mince. Elle remonte à trois semaines environ. Quand on la saisit entre le pouce et le médius, on ne sent pas d'induration à sa base ; cette induration ne se perçoit pas davantage en soulevant la lésion au-dessus des téguments voisins, selon le précepte de M. le professeur Fournier, qui indique cet artifice comme le meilleur moyen de dépister une induration douteuse. Ici, on n'a guère d'autre sensation que celle d'un parchemin peu épais.

Ce fait corrobore l'assertion émise à la séance du 8 janvier 1891 à la Société de dermatologie, par notre distingué collègue de l'hôpital du Midi, M. le Dr Humbert, à savoir : que l'induration n'est pas un caractère exclusif au syphilome, mais dépend du siège occupé par celui-ci. Quand le chancre se développe sur une région privée de tissu cellulaire et qu'il adhère directement aux tissus sous-jacents, comme dans la rainure du gland, par exemple, l'induration est constante et très manifeste. En dehors de la rainure balano-préputiale, très souvent elle manque de netteté.

Ce qui frappe davantage chez notre malade, c'est la saillie considérable qu'offrent les téguments au niveau et autour de la plaie. Il suffit d'un simple coup d'œil pour reconnaître, dans cette saillie, un de ces gros engorgements ganglionnaires du cou, semblables à ceux que l'on rencontre chez les sujets à constitution scrofulo-tuberculeuse. Palpez cette masse et votre conviction s'affirmera.

Il m'est permis aujourd'hui d'affirmer que cette jeune fille est atteinte d'un chancre syphilitique, parce que je puis en fournir d'autres preuves que celles tirées de l'aspect de la lésion. Mais je confesse qu'au début j'avais pensé à un simple abcès ganglionnaire. N'est-ce pas, en effet, de la sorte que ceux-ci se présentent en clinique. Une particularité avait, néanmoins, éveillé mon attention : la plaie n'était pas adhérente, contrairement à la règle ; elle ne faisait pas corps avec les ganglions sous-jacents et n'était pas en communication avec eux. L'idée de chancre s'était néanmoins présentée à l'esprit de mon interne, M. Fournier. Personnellement je me gardai tout d'abord d'affirmer ce diagnostic, en l'absence d'induration et du bubon satellite, car les vaisseaux lymphatiques de la portion des téguments du cou occupés par l'ulcération ne se rendent pas aux ganglions sous-jacents (il n'y a que quelques anastomoses sans importance), mais aux ganglions sous-maxillaires, et en explorant cette dernière région, je n'avais primitivement constaté aucune adénopathie. Ce n'est que depuis une dizaine

de jours que celle-ci existe ; encore est-elle peu marquée, ainsi qu'on peut s'en assurer en palpant avec soin la région sous-maxillaire. Cependant cette nouvelle découverte avait augmenté mes soupçons.

Aujourd'hui, le doute n'est plus permis. La malade est en pleine évolution d'accidents secondaires : syphilide polymorphe roséolique et papuleuse sur le tronc et l'abdomen, croûtes dans la chevelure, alopécie au début, céphalée nocturne.

Son histoire, d'ailleurs, est classique ; après bien des réticences, nous avons fini par la connaître. Il y a deux mois et demi environ, elle a été embrassée sur le cou. Trois semaines après, nous dit-elle, elle voyait éclore un petit bouton, qui s'est écorché, en même temps que les parties sous-jacentes prenaient un volume considérable.

Si nous avions connu plus tôt ce dernier détail, notre diagnostic serait peut-être resté moins longtemps incertain, car, dans l'abcès ganglionnaire, l'engorgement précède la plaie extérieure et ne saurait lui être consécutif. Ici, c'est le contraire qui a eu lieu. D'ailleurs, l'ulcération n'était nullement en communication avec les ganglions sous-jacents. Il n'en est pas moins surprenant que le chancre ait retenti aussi peu sur la région sous-maxillaire et ait provoqué au cou une adénopathie aussi volumineuse, étant données les rares anastomoses lymphatiques que nous signalions plus haut. Peut-être faut-il en accuser la constitution de cette malade, dont la peau blanche et mince, le teint pâle, les cheveux blonds, dénotent ce qu'on est convenu d'appeler le lymphatisme.

La lèpre en Bretagne.

Par le Dr Zambaco-Pacha.

Voir page 1213.

Discussion :

M. Vidal. — Lorsque M. Zambaco est venu soutenir à l'Académie de médecine les idées qu'il vient de défendre devant la Société de dermatologie, je lui ai demandé de démontrer chez ces malades de Bretagne l'existence du bacille de la lèpre, ou tout au moins de ces nodosités des troncs nerveux et surtout du cubital que nous considérons comme à peu près pathognomoniques. C'est ce qu'a fait M. Pitres, qui dans un cas où il avait tout d'abord fait le diagnostic de syringomyélie, a trouvé des bacilles de Hansen dans les filets nerveux périphériques des régions de la peau situées au-dessus des plaques d'anesthésie cutanée. Lorsque M. Zambaco aura de la même façon démontré l'existence du bacille lépreux dans quelques cas de maladie de Morvan ou de fausse syringomyélie, il aura donné une démonstration irréfutable, pleinement scientifique de la thèse qu'il soutient avec tant de talent et de conviction.

M. Zambaco-Pacha. — Je ne demande pas mieux que de rendre la démonstration aussi nette que possible, et j'enverrai à M. Vidal toutes les pièces à examiner que je pourrai me procurer. Pour trouver des bacilles dans les filets nerveux comme M. Pitres, il faut faire des nécropsies, et encore, la biopsie ne suffit pas toujours, et les autopsies de malades de ce genre ne sont pas chose commune. Je soutiens que lors même qu'on ne rencontrerait pas de bacilles dans des fragments de peau, cela ne prouverait pas qu'il ne s'agit pas de la lèpre. D'ailleurs le professeur Pitres est venu soutenir mes idées en constatant même le bacille.

En attendant, il me semble que la clinique suffit à démontrer l'identité de la maladie de Morvan, de beaucoup de faits dénommés syringomyélie et de la lèpre. Elle montre en effet l'analogie extrême entre cette maladie de Morvan, certains faits de prétendue syringomyélie et la lèpre telle que nous la connaissons en Orient. J'ai montré de plus, par les observations et les photographies que j'ai recueillies en Bretagne toute la série progressive depuis la lèpre tuberculeuse jusqu'à la syringomyélie avec dissociation de la sensibilité et la maladie de Morvan, qui n'est que la lèpre mutilante. L'existence même de cette série me paraît démonstrative, et je crois que l'on peut conclure sans avoir vu le bacille. Du reste le bacille a été vu dans des cas analogues, et on le retrouvera sans doute dans bien d'autres, encore.

Les photographies présentées par M. Barthélemy se rapportent à une forme de lèpre non encore qualifiée. Cette idée de la persistance de la lèpre en France permet d'interpréter des faits restés jusque-là inexpliqués, isolés et étranges : par exemple la fameuse observation de Mirault d'Angers, qui date de 1863, et bien d'autres.

M. Gaucher. — Je suis tout disposé à accepter les idées défendues par M. Zambaco. La tendance est de plus en plus grande de considérer les maladies nerveuses comme la conséquence éloignée de maladies infectieuses antérieures, d'infections dont le microbe peut avoir depuis longtemps disparu. Je crois, contrairement à M. Vidal, qu'il n'est pas besoin du bacille pour démontrer la nature lépreuse de telle ou telle lésion trophique. Est-ce qu'on trouve le bacille de la tuberculose dans le lupus érythémateux? Est-ce que bien des lésions tuberculeuses ne sont pas démontrées telles non par la présence du bacille, mais par l'inoculation aux animaux ? Trouvez des animaux auxquels la lèpre soit inoculable et vous démontrerez la nature lépreuse de bien des affections décrites actuellement sous d'autres noms.

Est-ce qu'on a besoin d'un bacille pour diagnostiquer la syphilis? pour diagnostiquer, en particulier, la syphilis héréditaire qui diffère à tant de titres de la syphilis acquise? Et ne peut-il exister aussi une lèpre héréditaire donnant lieu à des lésions atténuées, modifiées, plus difficilement reconnaissables ?

En 1882 j'ai publié dans les Bulletins de la Société clinique un cas bizarre d'hémianesthésie avec gangrène spontanée des doigts. Eh bien, à l'heure actuelle, éclairé par les communications de M. Zambaco, je n'hésite pas à faire le diagnostic rétrospectif de lèpre.

Il en est de même pour certaines morphées, et je présenterai dans la prochaine séance un cas de mélanodermie généralisée, que même, en l'ab-

sence de toute anesthésie, je n'hésite pas à considérer comme un cas de lèpre maculeuse.

En somme, je pense : 1° que les cas présentés par M. Zambaco sont bien des cas de lèpre ; 2° que l'absence du bacille ne doit pas faire rejeter le diagnostic de lèpre.

M. Vidal. — Je me suis bien mal expliqué si j'ai laissé croire qu'à mon sens on ne pouvait diagnostiquer la lèpre sans en voir le bacille. Ma pensée est notablement différente. Je me suis borné à demander à M. Zambaco de donner une démonstration péremptoire, irréfutable de sa façon de voir en prouvant l'existence du bacille de la lèpre, dans quelques-uns des faits qu'il a cités. :

Les cas de lèpre observés peuvent être rangés en trois catégories 1° les faits avec bacilles; 2° les faits dans lesquels il y a des nodosités des troncs nerveux ; 3° les faits dans lesquels on n'a pu réussir à trouver ni bacille, ni lésion nerveuse. Ces derniers ne sont pas suffisamment démonstratifs pour appuyer la théorie de M. Zambaco; la présence du bacille est nécessaire pour que la démonstration soit absolue, pour que les idées soutenues par M. Zambaco passent du rang de théories hypothétiques à celui de vérités scientifiques.

Dans ce sens il vaudrait mieux présenter peu de faits, mais des faits complètement observés, que des observations nombreuses, mais incomplètes sur un point capital. Ce qu'il nous faut, c'est un noyau de faits semblables à celui de M. Pitres ; autour de ce noyau premier ne tarderont pas à venir se grouper d'autres faits.

M. Zambaco.— M. Vidal a raison, et je m'efforcerai de lui fournir la preuve qu'il demande. J'ai trouvé en Bretagne une série de faits autochtones de la lèpre tuberculeuse ; il est probable qu'il ne sera pas difficile de démontrer les bacilles spécifiques dans ces cas; ce sera un grand pas en avant.

D'autres faits viendront certainement se grouper autour de ceux que j'ai observés. C'est ainsi que je pense que c'est encore la lèpre qu'a vue M. Magitot dans les Pyrénées, une lèpre atténuée, héréditaire sans doute. En médecine il faut tenir compte des cas frustes, des simples esquisses ; le tableau morbide n'est pas toujours complet. M. Magitot a signalé en particulier, chez les cagots du Béarn, une lésion des ongles, qui sont recroquevillés en colimaçon, soulevés en pont, que je suis incliné à rapporter également à la lèpre (1). Je me propose d'aller sur place étudier ces malades, et j'ai d'avance la ferme persuasion de trouver là encore des lépreux.

M. Besnier. — Je me joins à M. Vidal pour solliciter la preuve matérielle, sous la forme du bacille lépreux, des idées émises par M. Zambaco. Il faut ici que la démonstration soit aussi nette que possible, de façon à ne pas laisser prise au doute, à l'objection.

M. Zambaco fait actuellement une vive agitation scientifique autour d'une question des plus intéressantes ; il cherche à amener une véritable révolution dans un chapitre particulier de l'histoire médicale, il importe au

(1) Une lésion des ongles analogue se voit sur une pièce du Musée Saint-Louis, dans la vitrine de la lèpre.

plus haut point qu'il fournisse des preuves nettes, scientifiques de ce qu'il avance. Il le faut pour l'honneur même de la séduisante théorie qu'il propose. Qu'il nous montre des bacilles de Hansen chez un seul lépreux *autochtone* de Bretagne, et il aura fait déjà un pas énorme vers la démonstration péremptoire telle qu'elle convient à notre époque de positivisme scientifique !

M. Barthélemy.— La communication, si importante au point de vue de la pathologie générale non moins qu'à celui de la pathologie dermatologique, que vient de faire M. le Dr Zambaco me semble ouvrir un horizon aussi vaste que nouveau aux observateurs. Si je ne me trompe, un grand nombre d'affections disparates restées jusqu'à ce jour sans étiologie, voire même sans diagnostic, et sans étiquette autre que l'énoncé symptomatologique, — depuis quelques cas d'ozène jusqu'à certains ulcères variqueux, depuis la sclérodermie et diverses variétés de rhumatismes déformants jusqu'à certaines atrophies musculaires, etc., vont pouvoir recevoir, sinon une dénomination commune et définitive, du moins une ébauche de classification et de rapprochement par la causalité. Outre les phénomènes qui relèvent nettement de la lèpre, il y a en effet les *dérivés*, transformés par les générations successives d'une diathèse qui s'épuise et qui aboutit à un phénomène qu'on pourrait appeler *paralépreux*, par analogie avec ceux qui sont dits parasyphilitiques. Ces considérations que les observations ultérieures sont appelées à infirmer ou à corroborer sont suffisantes pour rendre dès maintenant précieux et utile le travail de notre éminent collègue le Dr Zambaco.

Pour ma part, je suis d'autant plus porté à lui donner raison, que depuis ongtemps j'ai été frappé de l'analogie qui existe entre les symptômes de diverses affections trophonévrotiques et cette forme de lèpre qui, fruste au point de vue dermatologique, détermine des troubles nerveux et des lésions trophiques essentiellement chroniques pouvant aller jusqu'à estropier et mutiler les malades.

En 1884, à la suite du Congrès de Copenhague, j'ai eu l'occasion de voir, à Bergen et ailleurs, un nombre considérable de lépreux réunis malgré les différences si grandes de leurs manifestations qu'à un examen superficiel on eût pu ne pas les croire victimes d'une même maladie. J'ai ressenti si vivement l'impression de la ressemblance avec un certain nombre d'affections tout autrement dénommées dans les hôpitaux de Paris, que je n'ai pu m'empêcher d'en faire la remarque à la Société clinique à l'occasion de la présentation par M. Ball de deux malades sclérodactyliques (séance du 23 octobre 1884). « Quoiqu'il n'y ait pas identité de nature entre la sclérodermie et la lèpre, il y a lieu, disais-je, de rapprocher les lésions observées dans ces cas de celles que l'on constate dans certains cas de lèpre mutilante. En Norvège, par exemple, on voit souvent se produire, de par la lèpre, des atrophies, des paralysies, des troubles de nutrition aboutissant comme dans la sclérodermie à la chute des phalanges, et cela sans qu'il y ait de lésions cutanées caractéristiques de la lèpre. Le diagnostic pourrait donc être des plus embarrassants si on n'avait aucun renseignement sur les antécédents incontestablement lépreux des malades ; cependant, en pareil cas, la distinction pourraît être établie par la recherche de la sensibilité, qui est abolie dans la lèpre tandis qu'elle est conservée ou très peu diminuée dans la sclérodactylie... De même dans l'atrophie musculaire progressive, l'existence de l'anesthésie permet d'admettre ou de rejeter le diagnostic de lèpre...»

Ce rapprochement était fait timidement, on le voit, et avec les plus grandes réserves, comme il convenait après l'examen snperficiel de la lèpre, observée en passant, mais je ne puis pas ne pas m'en souvenir quand je vois arriver à des conclusions identiques, mais cette fois proclamées avec assurance et avec éclat par un homme autorisé qui, depuis un si grand nombre d'années a été à même d'étudier presque chaque jour toutes les formes de la lèpre. Or, c'est cette expérience qui donne à ces affirmations toute leur valeur ; et cela d'autant plus que sur la lèpre, il est rare d'avoir de nos jours une compétence incontestée. N'a-t-on pas l'exemple fourni par la syphilis, pourtant si fréquente, mais où, dans les cas qui sortent de l'ordinaire et du classique, le diagnostic est parfois si difficile et si délicat. Du reste, de quelles affections dermatologiques ne pourrait-on pas en dire autant ?

Quoi qu'il en soit, je viens de présenter à M. Zambuco une malade atteinte depuis longtemps de sclérodermie typique de la face et des membres supérieurs. La sclérodermie est très prononcée aux extrémités digitales qui offrent déjà quelques ulcérations chroniques et superficielles trophonévrotiques. La sensibilité me semble conservée. M. Zambaco a trouvé des lésions cutanées aux genoux et surtout aux coudes (aspect du raisin de Corinthe) et surtout des zones anormalement pigmentées qui ont pour lui une importante signification. Une autre malade du même ordre, montrée aussi à M. Zambaco, vient de succomber à une crise presque foudroyante d'urémie, car, tuberculose et urémie sont les manières de mourir pour les cachectiques lépreux et sclérodactyliques. Tous ces faits restent à étudier, mais avec un intérêt nouveau.

Pour l'instant, je désire mettre sous les yeux de la Société, les belles photographies aquarellées, dues à M. Méheux et relatives à un malade du service de notre cher et éminent maître le professeur Fournier.

Il s'agit là de troubles trophiques, de cause tout à fait inconnue, symétriquement développés aux mains et aux pieds et graduellement augmentés depuis dix années sans que la sensibilité ait été compromise, ni dissociée ni atténuée. Malgré l'absence du symptôme « anesthésie », M. Zambaco est très affirmatif à ce point de vue (il a vu des trophonévroses incontestablement lépreuses, avec conservation de la sensibilité), les ulcérations et les déformations mutilantes sont telles qu'on peut penser à la lèpre. Cette interprétation ne s'était pas encore présentée à l'esprit des observateurs, comme on peut le voir dans la thèse d'un élève de M. Fournier publiée en 1879 et dans un mémoire que j'ai publié sur le même malade en 1883, dans les Annales de dermatologie, pour décrire l'évolution ultérieure du mal. Malheureusement ce malade que depuis dix ans je surveillais, pour pouvoir à l'occasion compléter cette observation, a succombé le 28 juillet dernier, dans le service des baraques de l'hôpital Saint-Louis, à une tuberculose ultérieurement acquise dans les salles d'hôpital. Aucun de nous n'a été prévenu ; l'autopsie n'a pas été faite ; l'attention du chef de service n'a pas été attirée par des lésions pourtant si exceptionnelles.

Combien il eût été intéressant d'en pouvoir aujourd'hui examiner le nerf cubital et les autres, sinon la moelle, au point de vue bactériologique !

On peut juger par ces trois exemples, évoqués à l'improviste, combien est *suggestive* l'importante communication de M. le Dr Zambaco.

Étude clinique sur l'hypertrophie de la rate dans la syphilis acquise.

Par MM. CH. E. QUINQUAUD et M. NICOLLE

Voir page 1228.

Trichophytie de la plante du pied.

Par M. EHLERS, de Copenhague.

Voici la photographie d'un cas qui peut faire suite aux intéressantes communications de mon collègue et ami, le Dr Djelalledin-Mouktar.

Il s'agit d'un homme âgé de 27 ans, agriculteur, habitant la campagne et souffrant de cette affection depuis deux ans.

Je l'ai vu pour la première fois le 30 juin ; il ne présentait actuellement pas de démangeaisons, mais racontait qu'il en avait beaucoup souffert *périodiquement* et *exclusivement à la périphérie* de l'affection, qui avait son siège unique dans la région plantaire du pied gauche.

Des badigeonnages avec de la teinture d'iode l'ont guéri de la maladie, traitée jusque-là sans succès par plusieurs médecins.

Syphilis rétrograde.

Par M. ALEX. RENAULT.

Il est de règle que la syphilis, dans son évolution, ne rétrocède pas, en d'autres termes qu'elle ne revienne jamais en arrière. Telle est au moins la loi qui a été formulée par Ricord. Chacune des périodes de la maladie est caractérisée par des accidents déterminés, que l'on ne retrouve plus aux époques ultérieures. Or cette loi comporte des exceptions, rares il est vrai, mais qui, pour cette raison, méritent d'être signalées.

Tel est le cas de la malade de mon service que j'ai l'honneur de vous présenter :

Il s'agit d'une femme de 36 ans, dont la tête est recouverte de croûtes épaisses, noirâtres, cachant des ulcérations de nature syphilitique non douteuse.

Le cou et la poitrine sont constellés de papules jambonnées, saillantes, étendues et entourées la plupart d'un soulèvement épidermique dit collerette de Biett, que cet auteur considérait, à tort, il est vrai, comme un caractère exclusif à la syphilis, tant il est fréquent de le rencontrer.

Ainsi qu'il arrive souvent chez la femme, les papules offrent leur maximum de confluence à la nuque, où elles forment une vaste nappe de 5 à 6 centim. de diamètre.

Mais ce qui fait l'intérêt de cette malade, ce sont les lésions constatées aux membres inférieurs. Ceux-ci, du haut en bas, sont couverts de larges cicatrices, parfaitement lisses, minces, souples et fortement pigmentées.

En un mot, ces cicatrices offrent tous les caractères de celles qui succèdent aux lésions spécifiques ulcéreuses profondes. Sur le tronc, il en existe trois ou quatre, fort éloignées les unes des autres.

La malade a été en en effet traitée à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, du 15 juin au 1er août de l'année courante, pour une syphilide pustulo-ulcéreuse, siégeant aux membres inférieurs.

Or ces graves accidents, qui revêtaient, à n'en pas douter, les caractères attribués au tertiarisme, ont été pour cette femme les premières manifestations de la vérole. Elle est très explicite à cet égard. Le chancre initial est passé inaperçu et d'ailleurs on n'en retrouve aucune trace aujourd'hui.

Dans les premiers jours du mois d'août, à la suite d'un traitement énergique, les ulcérations étaient cicatrisées. Ce n'est que deux mois plus tard qu'est survenue la poussée papuleuse intense du cou et de la poitrine.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur cette malade pour reconnaître que les cicatrices des membres inférieurs ont succédé à de vastes pertes de substance et laisseront des marques indélébiles. Or, la pérennité des marques n'indique-t-elle pas une lésion antérieure destructive et n'est-elle pas le caractère qui permet d'affirmer, dans le langage syphilitique actuel, le tertiarisme de cette lésion ? Bien au contraire, les papules du cou et de la poitrine sont de nature franchement résolutive. Elles disparaîtront donc, sans laisser de traces, ainsi qu'il est de règle pour les accidents secondaires.

Ce renversement dans l'ordre chronologique des manifestations spécifiques prouve que l'évolution de la syphilis n'est pas encore bien connue. Il y a donc intérêt à recueillir tous les faits cliniques, de nature à combler cette lacune si importante de son histoire.

Élections. — Ont été nommés :

Membres titulaires : MM. Galezowski et Audrain (de Paris).
Membre correspondant : M. Bogdan (de Jassy, Roumanie).

Le secrétaire,
Albert Mathieu.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

SÉANCE DU 1er JUILLET 1892.

Artérite syphilitique du cerveau.

M. Laveran relate l'observation d'un homme de 34 ans, ayant eu 10 ans auparavant un chancre induré suivi de phlébite de la verge et de phlegmatia alba dolens, ne s'étant pas traité depuis cette époque, pris subitement d'un vertige suivi d'hémiplégie droite incomplète d'abord, complète au bout de deux jours ; on constate la présence de plaques muqueuses sur le scrotum, sur la verge et dans la bouche ; on ordonne le traitement mixte. il survient de l'aphasie, puis le malade tombe dans le coma et meurt sept jours après le début des accidents cérébraux. A l'autopsie, artérite en plaques avec oblitération presque complète par des caillots de l'artère basilaire, artérite avec rétrécissement mais sans thrombose de l'artère sylvienne gauche, pas de modification dans l'aspect macroscopique de la substance cérébrale. Au microscope, l'artère sylvienne gauche présente des altérations très prononcées de périartérite et d'endartérite.

Georges Thibierge.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

SÉANCE DU 15 AVRIL 1892.

Desquamation sébacée dans l'épithélium du scrotum.

M. Pilliet. — Les cellules des glandes sébacées sont des éléments épidermiques peu différenciés, ainsi que l'attestent et leur structure et la présence dans leur charpente de cellules à éléidine (Renaut) et de cellules pigmentées de l'épithélium des animaux à peau brune (Hermann). De même on trouve dans l'épiderme des cellules chargées de graisse dans le stratum granulosum et à la partie la plus profonde du stratum lucidum (Ranvier). Dans la peau du fond du scrotum d'un adulte, M. Pilliet a trouvé une surcharge graisseuse visible disposée en nappe, qui n'est qu'une exagération du fait normal. Sur cette peau, on constate de place en place des amas de cellules volumineuses qui occupent les dépressions normales de la peau, ou mieux une couche de cellules semblables formant une nappe à peu près continue avec des renflements de place en place. La transformation cellulaire débute au niveau du stratum granulosum, où les noyaux sont entourés de vacuoles claires qui s'agrandissent au pourtour tandis qu'apparaissent des grains réfringents et graisseux ; les éléments peuvent ainsi prendre un aspect en tout semblable à celui d'une cellule séba-

cée, mais le processus de kératinisation s'y poursuit indépendamment de la surcharge graisseuse, et ces éléments anormaux arrivent au niveau de la couche cornée, s'aplatissent, s'allongent, les portions kératinisées forment des travées réfringentes et fibroïdes circonscrivant des fentes remplies de graisse. Il en résulte une couche cornée d'un aspect un peu particulier, très épaisse par places, mais paraissant desquamer avec la plus grande facilité. On peut interpréter ces détails de la façon suivante : dans le fond du scrotum, qui est dépourvu de poils, très pauvre en glandes sébacées et surtout en glandes sudoripares, la desquamation épithéliale se fait avec une très grande intensité, l'épiderme superficiel semble avoir augmenté sa surcharge de graisse et se comporte ici comme une véritable glande sébacée étalée en surface. Cependant il ne doit pas s'agir d'un cas très général, car M. Pilliet n'a retrouvé cette surcharge graisseuse ni sur la peau du nouveau-né, où cependant la graisse est si abondante, ni sur trois autres scrotums d'adultes.

SÉANCE DU 6 MAI 1892.

Lésions syphilitiques du foie.

M. Ghika présente le foie d'un enfant de deux mois qui a succombé à une péritonite aiguë. Ce foie est dur, élastique, la surface de section est homogène; en outre, il présente au niveau du grand lobe deux nodules très congestionnés, mous, résultat d'une inflammation aiguë consécutive à la péritonite; la rate est très volumineuse; les testicules sont durs; à l'examen microscopique (professeur Cornil), les parties dures du foie présentent les lésions typiques de la cirrhose syphilitique et les testicules sont légèrement sclérosés (sclérose syphilitique moins accusée que celle du foie).

SÉANCE DU 13 MAI 1892.

Épithéliome pavimenteux de la joue.

M. Forestier présente un épithélioma développé chez un homme de 42 ans, à la suite d'une coupure de la peau de la pommette faite par le barbier ; au bout de quelques jours survint une petite tumeur de la grosseur d'un grain d'orge, dont le sujet fit sortir du sang par piqûre ; au bout de 6 à 7 semaines, la tumeur avait le volume d'une noix, elle était reliée à la peau par un pédicule large et était formée d'une matière jaunâtre, cornée, avec stries concentriques ; la tumeur excisée était formée d'une coque épaisse pleine de matière blanche, d'aspect sébacé.

L'examen histologique fait par M. Cornil a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma à globes épidermiques ; la tumeur avait l'aspect d'un kyste sébacé avec zone d'épaississement, dans laquelle on voyait de petits kystes sébacés ; de tous côtés, il y avait des villosités étroites, minces, dures et rigides renfermant un vaisseau à leur centre et recouvertes d'épithélium à leur surface ; le kyste ne renfermait pas, malgré sa ressemblance avec un kyste sébacé, de cellules sébacées, mais des cellules épithéliales pavimenteuses et cornées.

Foie syphilitique, gommes syphilitiques du crâne, rate et reins amyloïdes, néphrite interstitielle.

M. Collinet présente les pièces recueillies à l'autopsie d'une femme de 68 ans, entrée à l'hôpital avec des abcès volumineux de la région zygomatique droite et de la bosse frontale gauche, et des saillies dures peu volumineuses sur le crâne ; en même temps, état typhoïde, mais sans fièvre ; l'ouverture des abcès de la face permet de constater la dénudation des os sous-jacents.

A l'autopsie, le foie est lobulé comme le rein d'un jeune animal, mais d'une façon irrégulière et paraît avoir été comme ficelé ; un sillon profond transversal divise en deux parties la face convexe du grand lobe ; en outre il y a de nombreuses dépressions cicatricielles étoilées ; le foie est de coloration brune, résiste sous le couteau ; à la surface, la coupe présente des traînées blanc grisâtre et de petites gommes variant du volume d'un grain de mil à celui d'un grain de chènevis, et par places à celui d'un petit pois. La rate mesure 18 centimètres de hauteur sur 9 de largeur et 5 d'épaisseur et pèse 470 grammes, sa capsule est épaissie et son tissu est assez résistant, elle présente par places la réaction de la dégénérescence amyloïde. La calotte crânienne présente des ulcérations à la partie inférieure de la région frontale et de plus des saillies, les unes du volume d'un grain de chènevis à celui d'une noisette, les autres de la largeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 2 francs, de coloration jaunâtre et de consistance ferme, Les reins sont volumineux, la capsule adhérente par places, la surface légèrement grenue avec quelques sillons peu profonds et des dépressions cicatricielles.

A l'examen microscopique, le foie est le siège d'une cirrhose siégeant au niveau des espaces portes avec épaississement de la paroi des veines et des artères ; la cirrhose présente par places la forme intra-lobulaire et nodulaire ; on y voit en outre des gommes de dimensions variables, certaines uniquement microscopiques. La rate et les reins offrent les caractères histologiques de la dégénérescence amyloïde.

SÉANCE DU 17 JUIN 1892.

Contribution à l'étude du molluscum simple.

MM. Pilliet et Mauclaire ont examiné 6 pièces de molluscum simple provenant de régions différentes. Ils concluent de ces recherches que le molluscum est une tumeur bénigne, d'origine conjonctive, comprenant tous les éléments mésodermiques de la peau et revêtue de l'épithélium ordinaire ou modifié par suite de circonstances accessoires. La structure du molluscum présente suivant les régions des différences qui reproduisent les différences mêmes de la peau considérée en des points différents ; ainsi à la cuisse on trouve du tissu fibreux, à la grande lèvre et au scrotum du tissu dartoïque. En se pédiculisant, la tumeur devient de plus en plus mal irriguée et présente une congestion veineuse, d'où la coloration violacée, ou lymphatique, d'où les kystes, l'œdème, la transformation myxomateuse :

ce sont là des lésions accessoires, d'ordre mécanique, qui favorisent les lésions infectieuses et s'en accompagnent bientôt. Les diverses formes de tumeurs cutanées ont des sièges de prédilection et leur structure reproduit le tissu constituant de la peau qui est prédominant dans la région atteinte; en certaines régions, au scrotum, aux grandes lèvres, à la partie interne de la cuisse, tous les tissus peuvent s'hypertrophier en même temps, c'est le molluscum acquis; dans le molluscum congénital, l'irritant est central, les tumeurs se produisent à un moment où la peau n'est pas encore tout à fait différenciée, ce qui explique pourquoi elles se développent sur tous les points du corps. Elles croissent avec l'âge et présentent à leur complet développement la même structure que le molluscum acquis. Il s'agit là d'une malformation, d'un véritable cas pathologique portant sur les *organes premiers* de la peau.

GEORGES THIBIERGE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE

SÉANCE DE MAI 1892.

Un cas de lèpre anesthésique.

M. PLUCKER présente un homme de 43 ans, né dans le Limbourg belge, qui a séjourné à Java et à Sumatra de 1875 à 1887 et qui a vu se développer depuis le mois de juin 1887 des lésions cutanées caractérisées par des taches annulaires, occupant la face, le tronc et les membres; ces taches ont une évolution centrifuge manifeste, avec coloration fauve plus marquée à la périphérie qu'au centre; l'épiderme est plissé à leur niveau; elles sont généralement planes, cependant quelques-unes ont un bourrelet légèrement saillant; les poils sont conservés; la sensibilité est abolie ou considérablement diminuée à leur niveau, dans ses différents modes. Le nerf cubital gauche est notablement tuméfié au-dessus de l'épitrochlée. Il n'y a pas de phénomènes de paralysie ou de parésie (1).

GEORGES THIBIERGE.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1892.

Présidence de M. Lewin.

Ichtyose.

M. GOLDZIEHER présente un malade atteint d'ichtyose généralisée avec hyperhidrose de la face et eczéma consécutif permanent. Une sœur de ce malade est aussi ichtyosique, trois autres frères et sœurs sont sains ainsi que les parents. En été les malaises augmentent avec la chaleur et la séche-

(1) D'après les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, juin 1892, p. 197.

resse, par suite nombreuses rhagades. Le traitement a consisté jusqu'à présent en bains de goudron.

M. Joseph a observé un cas d'ichtyose dans lequel il n'y avait que le creux des aisselles, le pli des coudes et les fesses qui étaient envahis à un très faible degré. L'orateur demande si on a vu des cas de ce genre dans lesquels il n'y avait que le pli du coude d'affecté.

M. Isaac, à propos d'un moulage, a appelé l'attention sur ce fait que, dans l'ichtyose, la coloration foncée de la peau ne provient pas d'un accroissement du pigment, mais d'une accumulation de la saleté.

M. Lewin, malgré des cas nombreux, n'a pas suffisamment observé si le pli des coudes était spécialement affecté. Il est étonnant que la région axillaire soit envahie, elle est habituellement indemne ainsi que les régions inguinale et cervicale.

M. Lewin a observé deux cas d'ichtyose avec tuberculose consécutive et pense qu'il serait possible qu'il y eût une certaine corrélation entre les deux malades. L'eczéma et l'ichtyose coexistent très rarement.

M. Rosenthal croit que dans l'ichtyose il n'y a pas de tendance spéciale à l'eczéma. Quant à l'apparition de l'ichtyose sur les surfaces de flexion, il tient à rappeler que cette affection se localise plus fréquemment sur différentes régions du corps. Les affections décrites comme ichtyose linéaire concernent les surfaces de flexion. On admettait que dans cet état il existe un rapport avec les nerfs profonds jusqu'au moment où il a été démontré que ces maladies localisées sont en connexion avec les lignes de division de la peau de Voigt. Quel est l'état du cuir chevelu ?

M. Goldzieher répond que le cuir chevelu n'est pas ichtyosique.

M. Rosenthal rappelle que Köbner a fait remarquer que dans tous les cas d'ichtyose il y a une séborrhée de la tête.

Sarcocèle syphilitique et hydrocèle.

M. Lewin présente un malade atteint de gommes ulcérées disséminées sur tout le corps et chez lequel il existe en même temps une orchite gommeuse compliquée d'hydrocèle ; il appelle l'attention sur la coïncidence fréquente de ces deux affections. La maladie s'étend aussi à l'épididyme. L'orateur n'avait pas auparavant observé cette lésion isolée, mais peu après la présentation faite par Rosenthal à la Société de médecine de Berlin il a vu un cas semblable. Il croit qu'une gomme qui se développe sur le corps d'Highmore se dirigeant vers l'épididyme et l'envahissant peut faire croire à tort à une gomme de cet organe. Presque tous les cas décrits jusqu'à ce jour ont leur siège dans la tête de l'épididyme. Ces affections sont souvent très rebelles. Outre le traitement local il faut prescrire alternativement et à plusieurs reprises du mercure et de l'iode.

M. Rosenthal, dans le cas qu'il a présenté c'était la queue de l'épididyme qui était atteinte.

Paralysie musculaire après des injections mercurielles.

M. Lewin présente encore un malade âgé de 26 ans chez lequel il était survenu, à la suite d'une injection de sublimé, de vives douleurs dans toute

la jambe gauche avec paralysie des muscles innervés par le nerf péroné, et diminution de la sensibilité sur le dos du pied.

Il importe donc de ne pas faire les injections trop près du sillon qui existe entre le trochanter et la tubérosité ischiatique. Sur des millions d'injections faites à la Charité, c'est la première fois que cet auteur observe un cas semblable.

M. Lassar demande s'il est connu que, après l'emploi exagéré du mercure, des symptômes analogues de paralysie peuvent survenir. Il serait disposé à considérer les cas de ce genre comme une myosite mercurielle aiguë, dans lesquels il ne s'agit pas d'une action locale sur les nerfs, mais d'une intoxication générale des muscles.

M. Lewin. — Le mot exagéré est difficile à retenir. Ni lui ni d'autres auteurs n'ont vu de relation entre l'emploi du mercure et la myosite diffuse.

M. Lassar a observé chez une dame, qui fut infectée par son mari et traitée par 160 frictions mercurielles, une paralysie unilatérale qu'il considéra comme une conséquence du traitement.

M. Saalfeld trouve le cas de Lewin intéressant en ce que beaucoup d'auteurs ont précisément recommandé ce point pour les injections.

M. Lewin est d'avis qu'on a peut-être enfoncé la seringue trop profondément.

M. Margoniner a observé un cas semblable à celui de Lassar. Il s'agissait d'un malade neurasthénique atteint tout à la fois d'un psoriasis vulgaire et de syphilophobie. Il avait fait de nombreux traitements mercuriels. Les muscles des deux jambes étaient douloureux. Il ne pouvait marcher qu'à l'aide d'une canne. Le psoriasis fut guéri par la chrysarobine, la syphilophobie disparut aussi ; l'affection musculaire à laquelle la nervosité pouvait avoir contribué, diminua rapidement.

Pityriasis rosé.

M. Lassar considère le pityriasis rosé et l'herpès squameux comme identiques, il les distingue de l'herpès tonsurant. Il admet quatre types de pityriasis rosé. Dans 10 à 12 cas au moins, il a observé que de jeunes femmes qui portaient des gilets en tricot étaient atteintes de cette affection au niveau du cou, à l'endroit où le gilet touchait directement la peau. Ce vêtement est employé sans lavage préalable. Il a observé des cas semblables chez un certain nombre de malades portant des vêtements de laine neufs et non lavés. Il a vu la même éruption chez un monsieur qui, trois semaines auparavant, avait fait l'acquisition de chemises de laine neuves ; l'éruption s'était produite au point où la chemise exerçait un frottement énergique ; un autre malade, pour donner plus de consistance à un bandage herniaire, l'avait enveloppé de linges. Le pityriasis rosé survint exactement en ce point. Un troisième cas concernait un malade qui s'était essuyé avec un peignoir pris en location. Tous les autres malades portaient des étoffes de laine semblables qui étaient restées longtemps dans l'armoire, ou étaient prises directement dans le commerce et qui, par conséquent, constituaient un terrain propice pour la prolifération des champignons Lassar présente une malade chez laquelle le pityriasis rosé partait des jambes, et qui, trois semaines

auparavant, avait acheté des caleçons de laine neufs. Selon lui, on ne devrait pas se servir de vêtements de laine sans les faire laver, car il est présumable que d'autres affections de la peau, par exemple le psoriasis, ont une cause analogue. Il a déjà appelé l'attention sur ce fait que le lichen ruber peut se produire sous l'influence de substances animales. Quant au traitement, il emploie de la poudre les deux premiers jours, puis une pâte salicylée à 2 0/0 avec addition de 20 0/0 de soufre ; dans les cas où la peau est irritable, un mélange de 60 gr. d'oxyde de zinc et de 40 gr. d'huile. Lassar a obtenu aussi de bons résultats avec des lotions de sulfate de zinc et d'acétate de plomb.

M. Joseph. — Ce sont surtout les personnes qui portent des chemises ou des caleçons de laine qui sont affectées de pityriasis rosé. Jusqu'à présent il était très sceptique en ce qui concerne la nature parasitaire du lichen ruber. Il soigne actuellement un confrère qui dans un voyage dans les montagnes s'était procuré un vêtement brut ; maintenant il a un lichen ruber dans tous les points où sa jaquette et son chapeau étaient en contact direct avec la peau. En outre l'orateur a vu un malade chez lequel, à la suite de l'application d'une peau de chat sur la poitrine, il survint quelques jours plus tard un lichen ruber plan. Enfin Joseph est d'avis que le pityriasis rosé n'est pas autre chose que de l'herpès tonsurant maculeux et squameux.

M. Lassar regarde l'herpès squameux comme une variété de l'herpès tonsurant qui se confond entièrement avec le pityriasis. Dans l'herpès tonsurant on trouve constamment des champignons, dans l'herpès squameux d'une manière irrégulière.

M. Joseph est d'avis que dans tous les cas on observe la présence des champignons, toutefois cette constatation est parfois difficile.

M. Rosenthal rappelle que pour Hebra l'herpès tonsurant maculeux et squameux, était la forme aiguë de l'herpès tonsurant. Par contre, d'autres auteurs, Gibert, Köbner, Behrend sont d'avis que le pityriasis rosé n'est provoqué par aucun champignon. A l'occasion de la démonstration qu'il a faite de champignons dans un cas de pityriasis rosé, Lewin fut également d'avis qu'il fallait établir une distinction entre l'herpès tonsurant maculeux et le pityriasis rosé.

Köbner a montré l'année dernière, dans un cas de pityriasis rosé, des cultures de cocci. Le résumé de son opinion est que tout en manquant de preuves que ces cocci étaient les cocci spécifiques du pityriasis rosé, il était cependant convaincu que cette affection n'était pas parasitaire. Rosenthal maintient son opinion déjà plusieurs fois exprimée, que le pityriasis rosé et l'herpès tonsurant maculeux et squameux sont identiques.

M. Saalfeld est d'avis que Köbner a simplement prétendu avoir trouvé ces cocci dans un cas de pityriasis rosé. Quant à lui, il a observé un cas typique de cette affection chez un malade qui ne portait pas de laine mais de la toile. L'orateur demande à Lassar comment il comprend la question du *flanell rash*, décrit en Angleterre, par rapport au pityriasis rosé.

M. Blaschko serait disposé à croire que cette affection est produite par un champignon voisin du trichophyton ou par des cocci. L'aspect de la maladie ne dépend pas de la nature du champignon, mais de la réaction

particulière de la peau ; même au point de vue clinique le pityriasis rosé n'est pas uniforme. L'orateur distingue trois variétés : la première est la variété typique à rebord saillant et rosé, et coloration rouge au centre. Dans la seconde les efflorescences isolées sont plus fondues, dans la troisième les follicules sont atteints. Cette dernière variété a été décrite par les Français sous le nom d'eczéma folliculaire. Au point de vue étiologique il est à remarquer qu'un grand nombre de cas se sont produits chez des personnes qui ne portaient pas de laine. La flanelle provoque des symptômes analogues.

M. Lewin dit que Duhring regarde comme identiques le pityriasis rosé et l'eczéma séborrhéique.

M. Isaac rappelle que dans la clinique de Lassar tous les cas se rapportant à cette maladie sont examinés au point de vue parasitaire, mais constamment avec un résultat négatif. D'après Kaposi, on ne peut trouver dans les couches profondes de la peau les champignons que dans un temps déterminé, dans la troisième semaine après l'infection.

M. Lassar établit entre ces formes et l'herpès tonsurant, qui provoque le sycosis, une différence nettement tranchée ; cet herpès tonsurant typique se distingue encore de l'herpès squameux en ce que ce dernier a de la tendance à se généraliser ; sous cette forme le champignon est très difficile à trouver. Quant aux éruptions dues à la flanelle, Lassar n'en a observé aucun cas.

État de la peau du gland après la circoncision.

M. Heller présente quelques préparations concernant la circoncision. Il a examiné la peau du gland d'un individu non circoncis et trouvé qu'elle se rapproche de la peau normale. Celle du gland présente des proliférations semblables à des papilles, peu de pigment et pas de glandes du tout. Si au contraire, on examine la peau du gland d'un sujet circoncis dans la jeunesse, on constate que les papilles sont dilatées et dans quelques-unes d'entre elles l'action de l'acide osmique révèle la présence de granulations noirâtres qui sont certainement de la graisse. Si ces recherches se confirment, il en résulte que la peau du gland des circoncis présente des modifications importantes et les motifs allégués contre la circoncision, la trop grande sécheresse de la peau et le manque de graisse, tombent d'eux-mêmes. Waldeyer partage cette manière de voir.

SÉANCE DU 2 MARS 1892.

Présidence de M. Lassar.

Angionrévose de la main.

M. Ledermann présente un malade qui depuis 8 ans est atteint d'une affection très prurigineuse de la paume des mains et de la plante des pieds. Cette éruption commence par une plaque rouge avec extension périphérique ; puis il survient de nouvelles taches qui s'élargissent en

forme de cercle, et deviennent confluentes. Il est à remarquer qu'habituellement la paume des mains et la plante des pieds du côté opposé sont atteintes en même temps. La température est plus élevée là que sur le reste de la peau. Selon l'orateur, il s'agit d'une angionévrose. Le malade raconte qu'il y a 8 ans, il s'était, dans une chute, perforé profondément la main avec sa canne.

Éruptions syphiloïdes survenues après la vaccination.

M. Goldzieher présente un enfant de la clinique de Lassar qui aurait eu à la suite de la vaccination une éruption du cuir chevelu, des éruptions rupiformes et des engorgements ganglionnaires sur le corps, outre une maladie des yeux. Il a été bien établi que les parents ainsi que l'enfant dont on avait pris le vaccin étaient complètement sains. Le traitement spécifique a donné un résultat négatif. Après la chute des croûtes on a reconnu que 'affection de la peau était de nature tuberculeuse, celle de la tête eczémateuse. Les dents étaient cannelés, usées et avaient perdu leur émail. Le dentiste Pätsch tient cet état pour normal. Le professeur Hirschberg considéra l'affection oculaire comme une conjonctivite.

M. Lassar ajoute que le traitement spécifique a occasionné chez l'enfant une tuméfaction plus prononcée des ganglions, ainsi qu'une grande faiblesse.

M. Lewin fait remarquer que dans la syphilis vaccinale les cicatrices sont très accusées et non, comme ici, à peine visibles. Les dents de ce malade n'ont pas les caractères décrits par Hutchinson, puisque avant tout elles ne présentent pas les défectuosités semi-lunaires.

De la circoncision rituelle et de son indication thérapeutique.

M. Lewin. — Le prépuce n'est pas un terrain très favorable à l'infection; il est dur, élastique, ne se déchirant pas facilement; il renferme des fibres musculaires parallèles et beaucoup de fibres élastiques. Il est en outre mobile et extensible du double de son volume. Il n'a ni glandes sudoripares, ni poils, les glandes sébacées ne servent qu'à maintenir la souplesse de la peau. Comme son volume n'est pas considérable, les ulcères ne peuvent pas le pénétrer profondément et rarement il est le siège de gangrène. On peut employer toute espèce de traitement; en cas de gangrène faire l'amputation. Les autres parties sont moins favorables; le gland contient peu de fibres élastiques, il n'est ni mobile, ni extensible, l'épiderme est étroitement uni au corps caverneux et il se déchire très facilement. Les ulcères qui surviennent sur le gland ont facilement une marche maligne, vu qu'ils pénètrent à travers l'épiderme dans les espaces caverneux. Une excision éventuelle amène facilement une difformité du pénis. Quant au sillon rétro-glandulaire, il est assez dur, élastique, mobile, sur un côté il est adhérent au gland, l'autre est lâche et par suite il s'y produit facilement des éraillures et des déchirures. Il est en outre le siège de nombreuses glandes sébacées à larges orifices qui forment un réservoir pour la rétention de la sécrétion. Dans 60 0/0 des cas les ulcères qui ont ici leur siège sont suivis de bubons.

Les ulcérations du frein se comportent de la même manière, le frein est un terrain moins favorable pour le développement des ulcères, mais il se déchire plus facilement et a de la tendance à la perforation. Ces inconvénients sont en partie supprimés par la sécrétion graisseuse de la lamelle interne du prépuce. Si le prépuce est amputé, les glandes de Tyson se dessèchent, la graisse de la lamelle interne manque et il survient une cicatrice résistante, pauvre en vaisseaux sanguins que les irritations atteignent facilement. Nulle part il n'est dit dans la Bible que la circoncision est faite à un point de vue sanitaire, cette opinion n'a été émise que plus tard. Au début la circoncision était un reste du culte de Moloch. Parmi 90,000 ulcères que Lewin a traités à la Charité, sur 1,000 il y en avait presque 50 0/0 sur le prépuce, 19 0/0 sur le gland, 15 0/0 sur le filet, 9 0/0 à l'orifice, 1 0/0 au scrotum et 1,2 0/0 en d'autres points.

M. Heller a examiné la peau de trois glands de sujets circoncis et non circoncis et a trouvé comme différence très essentielle entre les deux que le réseau papillaire est trois à quatre fois plus allongé chez les non circoncis, et que dans les cellules du réseau chez les circoncis les papilles ont l'aspect de ramifications en doigt de gant qui rappellent des glandes. Les cellules contiennent une grande quantité de graisse ; il paraît donc s'être formé ici un équivalent physiologique pour compenser l'absence des glandes sébacées. Les recherches ne sont pas encore terminées ; si ces données se confirmaient, une des objections contre la circoncision n'aurait plus de raison d'être.

M. Saalfeld croit qu'on peut interpréter la statistique de Lewin en ce sens que le prépuce constitue un locus minoris resistentiæ. En outre il survient fréquemment sur le prépuce des érosions et de la balanite, qui toutes deux prédisposent aux infections. Une statistique de Lewin serait intéressante pour savoir si la syphilis survient moins souvent avec la circoncision rituelle.

M. Rosenthal. — Il serait bon de rechercher dans quelle proportion le chancre se trouve sur la lamelle interne du prépuce ; c'est surtout en ce point qu'on le rencontre. La cause en est dans la décomposition de la sécrétion et l'irritation qu'elle provoque. En outre, il n'est pas prouvé que dans les 50 0/0 des cas où il n'y avait pas eu de prépuce, une infection se soit produite à un autre endroit.

M. Lewin a indiqué pourquoi le prépuce se déchire moins facilement que les autres parties. Il ne croit pas qu'on ait donné la preuve que cet organe soit un locus minoris resistentiæ. La lamelle interne est plus souvent infectée parce qu'elle fait saillie dans l'érection.

M. Saalfeld dit que la stagnation de la sécrétion est la cause de la moindre résistance du prépuce.

M. Rosenthal remarque que dans l'érection le prépuce étant tiré en arrière et les autres parties du pénis à découvert, une infection devrait survenir sur le point offrant la moindre résistance.

M. Lewin ne conteste pas que souvent il survient de la balanite, mais il n'y a aucune raison de sectionner simplement les parties. Les ulcères du prépuce sont fréquents parce que la contagion a lieu dans le coït sur les grandes et petites lèvres et non au niveau de l'utérus. L'orateur fait

remarquer, en opposition à Heller, qu'il s'agit de savoir si les papilles du réseau peuvent produire de la graisse, le fait n'est pas prouvé.

Syphilis cérébrale ou tuberculose chez un jeune enfant.

M. Isaac parle d'un enfant de 14 mois dont le père a eu la syphilis il y a 12 ans. La mère n'a jamais été malade, seulement depuis plusieurs années elle souffre de violentes douleurs de tête. Trois frères et sœurs sont sains, un autre est mort de convulsions à l'âge d'un an 1/2.

Le 25 janvier de cette année on constata une paralysie du droit interne du côté gauche avec ptosis. En outre, paralysie du facial droit ; le bras gauche était fléchi, le coude tuméfié, les épiphyses et diaphyses du cubitus gauche épaissies, les articulations fémoro-tibiale gauche et tibio-tarsienne droite tuméfiées, la motilité du côté gauche était beaucoup moindre que celle du côté droit. Nombreux abcès furonculeux, ganglions inguinaux et cervicaux très engorgés ; nutrition bonne.

L'orateur examine en détail le diagnostic différentiel qui se posait entre la syphilis et la tuberculose. En faveur de la syphilis, il y a l'hérédité, la tuméfaction des épiphyses et des diaphyses, la pseudo-paralysie ; contre la syphilis, l'absence de maladies centrales dans la syphilis héréditaire. L'ophtalmoplégie ferait supposer un foyer basilaire ; l'affection de l'oculomoteur et du facial, une lésion du pont de Varole. Ce qu'il y a de particulier, c'est que les symptômes changent souvent et apparaissent tantôt à droite, tantôt à gauche. Cet état pourrait s'expliquer par une pression intra-crânienne variable. Henoch qui a vu ce malade crut d'abord qu'il s'agissait de tuberculose, plus tard de syphilis. L'orateur serait disposé à regarder les phénomènes cérébraux comme de nature tuberculeuse, tandis qu'il considérerait les autres symptômes comme syphilitiques. L'enfant a pris quelques grammes d'iodure de potassium et on lui fait actuellement des frictions hydrargyriques, sur le conseil d'Henoch. L'état général est meilleur, mais les symptômes ne sont pas modifiés.

M. Lewin. — Combien de temps après l'infection un enfant peut-il venir au monde malade ? L'orateur a sur ce point des données qui ne sont pas toujours concordantes. Les affections des os sont relativement rares chez les enfants. Il a observé 14 cas de phalangite et il rappelle qu'en 1865, dans son livre sur les injections sous-cutanées, il indiqua le premier la maladie des épiphyses chez les enfants, qu'il considérait comme une périchondrite gommeuse. Waldeyer et Köbner ont plus tard combattu cette opinion, mais aujourd'hui elle est de nouveau en faveur. La paralysie des muscles de l'œil indique en effet une affection centrale. Lewin demande si on a fait un examen ophtalmoscopique.

M. Isaac. — Cela n'était pas possible.

M. Lewin. — La maladie centrale syphilitique est très rare.

M. Hoffmann demande s'il est parfois survenu des symptômes fébriles ; ceci serait à l'appui de la tuberculose. En outre, si l'état de la nutrition s'est amélioré ou non. Dans ce dernier cas il y aurait lieu aussi de penser plutôt à la tuberculose.

M. Lassar. — Depuis combien de temps cet enfant est-il en observation ?

Puisque le traitement n'a pas donné de résultat, il faut penser qu'une nodosité tuberculeuse centrale ne resterait pas sans provoquer des symptômes ultérieurs.

M. Isaac fait observer qu'on n'a pas jusqu'à présent observé de fièvre. La nutrition de l'enfant est excellente; on ne croirait pas qu'il est gravement malade. Le traitement n'a pas jusqu'à ce jour donné de résultat. L'état des yeux change continuellement, mais en général les symptômes sont restés stationnaires.

SÉANCE DU 3 MAI 1892

Présidence de M. Lewin.

Épithéliome folliculaire.

M. Israel présente trois préparations d'épithéliome folliculaire, genre de tumeur qu'il a décrit en détail dans la publication en l'honneur de Virchow. Deux avaient leur siège sur la tête et concernaient l'une, un enfant de deux ans et l'autre une femme d'un certain âge. La troisième provenait également d'une femme et était située sur la paroi abdominale. Ces tumeurs se distinguent de l'athérome en ce qu'elles ne consistent pas en un seul sac, mais en plusieurs cavités avec de très nombreuses ramifications remplies d'épithélium. Même plusieurs petits athéromes situés à côté les uns des autres ne présenteraient pas une structure aussi régulière que ces tumeurs. Ces nombreuses poches se sont développées hors des follicules pileux et on trouve en partie dans leur intérieur les mêmes corpuscules que dans le molluscum contagieux. L'orateur revient à cette occasion sur la théorie des protozoaires de cette dernière affection, selon lui il faut rapporter leur naissance aux follicules pileux. Les trois tumeurs présentées ont entre elles une série de différences graduelles, la première est tout à fait superficielle et a encore un certain nombre d'ouvertures, la deuxième est déjà pourvue d'une enveloppe épithéliale très mince, tandis que la troisième tumeur est déjà beaucoup plus épaisse et renferme bien moins de masses à l'intérieur et s'est développée en profondeur. Ces épithéliomes se distinguent du molluscum contagieux en ce qu'ils sont toujours solitaires et qu'ils ne se vident extérieurement que par les petites cavités qui sont en communication avec la surface. Il n'y a pas de métastases dans cette affection. Lache, de Norwège, a décrit un cas semblable.

Rein syphilitique.

M. Israel montre ensuite un rein qui présente les caractères d'une néphrite syphilitique multiple interstitielle. Il provient d'un enfant de trois semaines ; cet état existait très probablement déjà pendant la vie intra-utérine. Chez les nouveau-nés cette lésion est excessivement rare.

M. Lewin dit qu'on n'a pas encore observé en Allemagne des affections de ce genre chez des enfants atteints de syphilis héréditaire. Il se rappelle

seulement un cas où chez un enfant syphilitique il existait de l'anasarque et de l'albuminurie.

A l'étranger, ces affections des reins paraissent plus fréquentes. Klebs. Mollière, Lancereaux, etc., ont observé des cas analogues. Bärensprung a décrit des phénomènes semblables dans les capsules surrénales.

Impétigo herpétiforme.

M. Freyhan. — L'orateur relate deux cas d'impétigo herpétiforme. Le premier concernait une ouvrière de 26 ans, auparavant bien portante ; depuis un an, elle est mariée et 25 jours avant son entrée à l'hôpital, elle a accouché d'un enfant atrophié. Dans les premiers jours, les suites de couches furent normales ; huit jours plus tard il survint une éruption. La malade était d'ailleurs robuste et son état général bon. Sur les mains et les avant-bras, au voisinage des seins, la peau était œdématiée, chaude, recouverte de croûtes brun sale, en partie humides ; la face était déjà envahie. Sur le bord des parties malades il se produisit des groupes de pustules plus ou moins grosses jusqu'au volume d'une tête d'épingle, remplies pour la plupart d'un contenu jaune vert, mais se desséchant rapidement. Cette affection s'étendit peu à peu sur tout le corps, les muqueuses par contre étaient indemnes. Au niveau des poumons, râles insignifiants ; au cœur, léger souffle systolique. Dans l'urine, albumine en proportion considérable. La maladie dura deux mois et ne put être enrayée par aucune médication. Il y avait continuellement une fièvre intense avec exacerbations vespérales jusqu'à 39° et 40°. Le sensorium était indemne au début, plus tard il survint de la somnolence qui dans les dernières semaines se transforma en un coma profond.

Le sédiment urinaire présentait dans les derniers temps des cylindres épithéliaux et des corpuscules rouges du sang. L'enfant qui, dans les premiers huit jours, avait pris le sein, ne présentait pas de trace d'une maladie semblable, mais il mourut d'atrophie.

Le second cas était relatif à un maçon de 40 ans qui a eu antérieurement et à plusieurs reprises du rhumatisme articulaire et une blennorrhagie. La maladie actuelle remonte à 5 semaines avant son entrée à l'hôpital, les symptômes sont les mêmes que dans le cas précédent. Ici les groupes de petites pustules sont encore plus distincts. Durant les 6 semaines de son séjour à l'hôpital, l'affection avait gagné tout le corps. Dans les deux cas on était surtout frappé par l'existence de troubles des voies digestives, vomissements, diarrhée. Dans le second cas, perte rapide des forces qui dans les dernières semaines se termina par de la somnolence et du coma. La nécropsie n'a pas donné de conclusions précises. Chez la femme il y avait une néphrite parenchymateuse interstitielle, d'ailleurs pas de phénomènes spéciaux. L'examen bactériologique et histologique du contenu des pustules a été négatif. Malgré cela l'orateur est disposé à considérer cette affection comme étant de nature infectieuse.

M. Lewin cite un cas qu'il a observé chez une femme non enceinte. Dans ce cas il y avait, outre les croûtes, de nombreuses taches noires, mais que l'orateur rapporte à la médication arsenicale simultanée. Il avait

déjà vu autrefois chez un malade une coloration noire des ongles provoquée par l'arsenic. Bien que le nom d'impétigo herpétiforme ne lui paraisse pas juste, il propose cependant de le conserver.

M. Lassar fait remarquer qu'il est impossible de confondre ces cas avec du pemphigus, en raison du très petit volume des pustules.

M. Bruck rappelle le cas publié par Du Mesnil. Il est important au point de vue du pronostic, car il concernait une femme qui fut atteinte deux fois de cette affection après la grossesse.

Éruption mercurielle consécutive à une injection de sublimé

M. Lewin présente : une malade à laquelle on fit des injections de sublimé pour une syphilide maculo-papuleuse. Il survint immédiatement après la première injection, un exanthème squameux, très prurigineux, qu'il considéra comme un érythème mercuriel en raison de sa coloration, de sa localisation et des troubles de la sensibilité.

L'orateur a observé quatre cas semblables, celui-ci rentre dans cette même catégorie ; il y a deux ans cette malade a déjà présenté les mêmes symptômes. Cette affection est facile à distinguer de l'eczéma mercuriel occasionné par les frictions.

M. Bruck a vu à Breslau un cas semblable d'exanthème ; chez ce malade il se produisit à plusieurs reprises un exanthème papuleux après des injections d'huile grise. Il y avait en outre quelques taches de purpura.

M. Ledermann a observé également à Breslau, chez une malade, un exanthème scarlatiniforme généralisé avec fièvre violente, qui était survenu soit après des frictions, soit après des injections, soit même après l'application de calomel sur les grandes lèvres. A l'intérieur cette malade supportait très bien le calomel.

Dermatite herpétiforme.

M. Peter présente un malade de la clinique de Lassar, qui est depuis plusieurs années atteint de vésicules disposées en groupes. En outre, plaques érythémateuses, cicatrices, pigmentations très foncées de toute la peau. L'orateur regarde ce cas comme rentrant dans la dermatite herpétiforme de Duhring.

M. Lassar fait remarquer que chez ce malade, on trouve tous les symptômes signalés par Duhring. Les vésicules sont disposées en cercles, de grosseur différente, et il y a un très violent prurit. Ce malade a pris beaucoup d'arsenic, mais la pigmentation brune existait déjà avant ce traitement interne. La voix est rauque. On constate une tuméfaction des cartilages aryténoïdes ; jusqu'à présent pas d'amélioration notable.

M. Rosenthal rappelle le cas d'herpès iris qu'il a présenté il y a quelques mois ; pour lui le cas actuel est du même genre. Les deux cas ne diffèrent l'un de l'autre, qu'en ce que celui de Peter dure déjà depuis longtemps, tandis que le sien date seulement de quelques mois. Chez le malade présenté par l'orateur il y a eu une période prodromique papuleuse, puis des vésicules nombreuses et de volume différent, ainsi qu'à côté de vésicules isolées dans beaucoup de groupes la forme circulaire

était plus nettement caractérisée. Le cas actuel est encore en voie d'évolution. Rosenthal propose de traiter ce malade par l'antipyrine, il a obtenu avec cette médication une amélioration décisive chez son malade. L'antisepsie lui a donné de bons résultats dans deux cas, il est vrai peu graves, de pemphigus. Dans un cas, il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'un pemphigus très prurigineux aux deux jambes et aux pieds. Le prurit disparut rapidement et l'emploi simultané des bains de goudron amena la guérison dans un temps relativement court.

M. Lewin regarde ce cas comme de l'herpès iris ; mais avec la restriction que ce groupe n'est pas identique à celui de l'érythème exsudatif. Il a vu souvent avec l'herpès iris des maladies de la langue et de la muqueuse du voile du palais. Ainsi il existe encore chez ce malade un trouble des cordes vocales. Il s'élève également contre la nouvelle dénomination de dermatite herpétiforme.

M. Lassar. — On ne peut d'après un seul cas justifier la forme morbide introduite par Duhring. Cette présentation n'a pas d'autre but que de montrer qu'il y a des cas d'érythèmes pemphigoïdes qui diffèrent aussi bien de l'érythème multiforme que de l'herpès iris et qui autorisent à admettre un genre spécial de maladies.

M. Rosenthal pense que l'herpès iris n'est qu'une sous-variété de l'érythème exsudatif multiforme.

M. Bruck ne croit pas que le tableau morbide concorde avec celui de l'érythème multiforme ou de l'herpès iris. Il est convaincu que sous ce dernier nom, on n'entend pas une affection chronique, mais une maladie qui évolue dans un temps déterminé et régulier et qui récidive tout au plus après certains intervalles.

SÉANCE DU 14 JUIN 1892.

Présidence de M. Lassar.

Impétigo contagieux.

M. Ledermann présente un enfant malade depuis 4 semaines, qui est atteint d'un impétigo contagieux sur tout le corps tandis que la face est presque indemne. Outre les croûtes, il y a un grand nombre de bulles récentes. Il est à remarquer que les parties les plus envahies sont celles exposées au grattage.

M. Lewin demande s'il y a plusieurs enfants malades dans la maison ; il a observé dans ces conditions des épidémies d'impétigo contagieux atteignant une famille.

M. Ledermann répond négativement.

M. Richter a dans ces derniers jours, vu une épidémie de famille qui avait été transmise par une accoucheuse et s'était propagée dans la maison par une baignoire prêtée.

M. Ledermann fait observer qu'on a déjà décrit des cas de ce genre.

M. Lassar dit qu'il y a plusieurs années Heller a institué dans sa clinique des inoculations dont les résultats ne sont pas encore publiés, et qu'il

s'agissait alors de cultures de staphylococcus aureus. L'inoculation à des adultes donna chaque fois lieu à une bulle caractéristique. Mais la différence consistait en ce qu'il ne survenait toujours que des bulles isolées. On peut se demander si dans le cas présent, où il y avait un violent prurit, il ne s'agissait pas originairement de la gale qui aurait été le point de départ du développement ultérieur de la maladie. L'orateur voudrait encore appeler l'attention sur les rapports de cette affection avec les cas plus fréquemment mentionnés de soi-disant vaccine généralisée dans lesquels il n'est pas dit que l'impétigo contagieux ne laisse pas de cicatrices, tandis que la vaccine en laisse partout.

M. LEDERMANN croit pouvoir exclure tout aussi bien la gale que la vaccine généralisée.

M. LEDERMANN présente un malade qui est venu pour la première fois, il y a 8 semaines, le consulter pour une affection primaire de la lamelle interne du prépuce, d'une roséole et d'une orchite avec épididymite du côté gauche. Malgré des injections mercurielles et de l'iodure de potassium, il se forma au niveau du testicule gauche un infiltrat considérable que l'on dut inciser. Le contenu consistait non en pus, mais en une masse résistante semblable à de la gelée. Le malade cessa le traitement et 8 jours après on vit apparaître du côté droit une épididymite avec orchite. L'incision du côté gauche guérit en forme d'infundibulum sans adhérences au testicule. Depuis trois semaines il y aurait du côté droit une infiltration douloureuse. La fluctuation n'est pas encore très distincte. Selon l'orateur il s'agit d'une orchi-épididymite blennorrhagique ; ces lésions à l'état aigu sont très rares dans la syphilis, un seul cas aurait été observé par Lang. Il n'y a pas de communication avec le testicule. De plus, le traitement spécifique n'a pas donné de résultat.

M. LEWIN croirait à une fistule séminale du côté gauche (Ledermann : il n'y a pas de sperme en ce point, seulement du muco-pus), tandis qu'à droite il inclinerait plutôt pour une lymphangite. L'épididymite suppure très rarement. Il en a vu deux cas, on en a peut-être constaté en tout 5 à 6.

M. RICHTER présente de la clinique de Rosenthal un enfant de 12 ans qui est depuis un an atteint de lichen plan caractérisé par une localisation tout à fait spéciale. L'affection est survenue par groupes dans les deux aisselles, aux plis des coudes et des genoux, au pénis et au scrotum ; en forme de cercles autour du cou. Au voisinage de ces groupes il y a des taches pigmentaires isolées, ainsi qu'au niveau de l'épigastre. Il n'y a d'ailleurs pas de tendance à la pigmentation. L'orateur conclut que les derniers groupes sont les restes d'un lichen plan antérieur. Ce malade prend depuis 15 jours de la liqueur de Fowler et il y a déjà un certain nombre d'efflorescences en régression.

Syphilide lichénoïde ou lichen ?

M. LEWIN. — Voici deux malades atteints de syphilis galopante ; tous les deux ont eu il y a 2 ou 3 mois une sclérose insignifiante, symptôme fréquent d'une syphilis ultérieure à marche galopante ; dans les deux cas la maladie a le type caractérisé d'un lichen.

M. Isaac a montré il y a quelques années à la Société un enfant chez lequel le diagnostic oscillait entre celui de lichen ruber et de syphilis, avec papules formant des groupes distincts et dont l'aspect avait une grande ressemblance avec le deuxième malade de Lewin. Plus tard on reconnut qu'il s'agissait d'une infection syphilitique.

M. Saalfeld demande si chez l'enfant atteint de lichen ruber présenté par Richter on a trouvé des lésions buccales.

M. Richter répond négativement.

M. Saalfeld a traité il y a quelques semaines une jeune fille, atteinte de lichen plan seulement dans le creux des aisselles et de prurit de la vulve. Il demande à Lewin si, chez son malade, il n'y aurait pas en quelques points un lichen ordinaire à côté du lichen spécifique.

M. Lewin. — Ce n'est pas mon avis.

Ictère chez une syphilitique.

M. Lewin présente une malade de 44 ans, prostituée depuis 27 ans ; il y a 25 ans elle a été traitée à la Charité par des injections sous-cutanées, depuis cette époque elle n'a pas fait de traitement. Il y a 6 ans, douleurs dans la région hépatique, cure de Carlsbad. Depuis 2 ans, ictère intense avec douleurs intermittentes dans le foie et dans la rate. Trois ans après le traitement de la Charité, elle a accouché d'un enfant à terme qui mourut d'une angine au bout d'un an. Cette malade est très peu musclée, ictère très caractérisé de la peau et des muqueuses ; en outre, sur la tête et le corps, ulcérations recouvertes en partie de croûtes rupiformes, atrophie prononcée des papilles caliciformes de la langue. Hypertrophie considérable du foie et de la rate ; matité cardiaque à un moindre degré. Souffle systolique et diastolique ; organes digestifs normaux, urine brun foncé, fèces décolorées, pas de prurit. Contrairement à ce qu'on observe chez les syphilitiques, le foie dans ce cas est très mou et depuis 2 ans il aurait certainement diminué de volume ; aussi provisoirement Lewin ne pencherait pas pour la syphilis. De plus, la sécrétion de l'urèthre et du vagin a une teinte jaune, tandis que la salive est blanche. L'urine contient de l'albumine mais pas de cylindres.

M. Hoffmann. — Selon lui, ce serait un calcul hépatique qui occasionnerait l'ictère, ainsi que l'indique la sensibilité qui survient de temps à autre. Dans certains cas les calculs s'enkystent et les douleurs cessent complètement. En outre, il y a un ictère d'origine syphilitique, il n'est pas aussi accusé et les selles restent colorées, tandis que l'obstruction des voies biliaires entraîne une décoloration complète.

M. Lewin remarque que, avec les calculs hépatiques, la rate peut être hypertrophiée, mais il en est très rarement ainsi. Ce fait se présente quand la veine porte et la veine iliaque sont en même temps comprimées. Il est étonnant qu'il n'y ait eu de perte de sang ni par les selles ni dans les vomissements.

Carcinome du voile du palais.

M. Saalfeld présente un malade qui depuis un an a un ulcère sur le voile du palais du côté gauche, lequel a été cautérisé au début. Plus tard on a

prescrit de l'iodure de potassium et, pour atténuer les douleurs, de la cocaïne. Un traitement antisyphilitique n'a pas donné de résultat. Depuis 6 semaines on fait 4 fois chaque jour des badigeonnages avec une solution concentrée de bleu de méthyle qui aurait amené du soulagement. Pas de bacilles tuberculeux dans la sécrétion. L'engorgement ganglionnaire n'est pas aussi caractérisé que d'habitude, ce qui éloigne la pensée d'un carcinome, bien que du côté gauche du cou, il y ait un ganglion un peu induré.

M. Lewin pense qu'il s'agit d'un ulcère tuberculeux. L'absence de bacilles lui paraît être indifférente. Il a observé un cas dans lequel Koch lui-même n'avait pas trouvé de bacilles; toutefois on reconnut plus tard qu'il s'agissait de tuberculose. Il en est de même dans le lupus, où on peut examiner beaucoup de points sans trouver de bacilles tuberculeux.

M. Rosenthal. — A première vue le diagnostic de tuberculose n'est pas douteux, mais il se rappelle un cas semblable, dans lequel il s'agissait de carcinome. Il concernait un homme de 40 ans, qui avait une affection des gencives du maxillaire inférieur du côté gauche avec ulcération superficielle. La solution de bleu de méthyle fut employée avec le plus grand succès. L'ulcère avait une grande tendance à se rétracter, les particules décomposées des tissus tombèrent, la plaie se détergea, dans l'espace de huit jours l'aspect avait changé et avait une grande analogie avec le cas actuel. Mais la guérison n'était qu'apparente, le processus continua de progresser et eut son issue habituelle.

M. Saalfeld demande si, à ce moment, les ganglions étaient engorgés.

M. Rosenthal a vu le malade à différents intervalles. Lorsqu'il le vit pour la première fois, le diagnostic différentiel était douteux entre la syphilis et le carcinome. Il existait alors sur le maxillaire inférieur droit un engorgement ganglionnaire léger, mais distinct. Dès la première fois, l'orateur rejeta nettement la syphilis. L'affection existait alors depuis trois mois. Lorsqu'il revit ce malade 5 semaines plus tard, le voile du palais était envahi. Contre le diagnostic de tuberculose dans le cas de Saalfeld, il faut aussi faire intervenir l'âge du malade.

M. Saalfeld (1) remarque que l'affection existe depuis un an et que par conséquent le diagnostic d'une tumeur maligne n'est pas en question.

M. Lassar croit avoir vu de petites granulations tuberculeuses au palais. Ceci viendrait à l'appui du diagnostic de Saalfeld. A. Doyon.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1892

Présidence du professeur Kaposi.

Atrophie du tissu conjonctif sous-cutané.

M. Beer présente une femme atteinte d'une forme particulière d'atrophie des deux bras. Kaposi a décrit des formes dans lesquelles des atro-

(1) D'après une communication ultérieure de Saalfeld, l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait incontestablement d'un carcinome.

phies avaient leur point de départ habituel dans le tissu conjonctif sous-cutané. Ces lésions surviennent chez des sujets d'un certain âge, sont accompagnées de cyanose. Chez cette malade, l'affection a débuté il y a environ 10 ans ; elle dit avoir eu des tumeurs. Elle a actuellement à la face, une véritable tuméfaction œdémateuse rouge clair du front, des paupières et des joues, sans télangiectasie des vaisseaux du derme ; sur les bras la peau est au contraire flasque, le tissu conjonctif n'est dur que par places, par contre il a disparu en majeure partie. La peau en ces points est lisse et présente en général sa coloration normale ; au-dessus des coudes, sur la face d'extension des avant-bras et des mains, elle est rouge bleu, sillonnée de vaisseaux dilatés, en foyers, ou sous forme de raies rougeâtres ; l'épiderme est mince, scintillant, en furfuration. En outre, hypertrophie des phalanges du médius droit. A la face, œdème manifeste, les paupières sont œdématiées. L'aspect de la maladie rappelle la sclérodermie qui est accompagnée de ces œdèmes lymphatiques durs. L'affection a débuté au niveau des coudes. Il ne saurait être question de névrite, car cela ne concorderait pas avec la sphère d'expansion de la maladie. Kaposi a décrit des affections analogues relativement au résultat final, mais leur développement est précédé d'œdèmes ou il survient des hypertrophies consécutives, ou bien encore il y aurait une sensibilité excessive ; il n'a jamais observé rien de semblable. La partie du coude la plus sensible serait celle sur laquelle elle dit être tombée.

M. Neumann a vu trois cas de ce genre. Dans le premier cas il lui fut impossible de faire un diagnostic. Un très petit nombre de districts vasculaires, coudes et dos des mains, étaient cyanosés et très œdématiés. Le second cas concernait un malade chez lequel l'affection avait envahi de grandes surfaces. Il a observé le troisième cas avec Kaposi. Chez ce dernier malade, pas d'éléments anormaux dans l'urine ; sur les membres inférieurs il y avait des parties saines entre les points affectés. La douleur signalée chez la malade actuelle n'existait dans aucun des cas rapportés par l'orateur.

M. Kaposi a toujours vu l'atrophie avoir son point de départ dans le tissu conjonctif sous-cutané sans être précédée d'œdèmes. Il y avait en quelques points une atrophie très prononcée du tissu conjonctif ; en d'autres, on sentait le pannicule et puis de nouveau une dépression, la peau sus-jacente était indemne. Peut-être quelques-uns de ces vaisseaux qui entourent les lobules graisseux sont comprimés et empêchent par suite le retour du sang de la couche vasculaire la plus superficielle aux veines sous-cutanées et provoquent ainsi des télangiectasies.

M. Lang a observé un cas semblable. Il concernait une femme qui présentait sur la face des rougeurs assez symétriques ; il se produisait ensuite sur ces points des parties un peu plus fermes, saillantes, et après quelques semaines la peau au niveau des régions atteintes était complètement atrophiée, à peu près comme à la suite d'un lupus érythémateux bénin. Mais il était impossible de constater des modifications de ce genre. Un point spécial à noter, c'est qu'au voisinage de ces atrophies circonscrites il y avait de nombreux vaisseaux, de petites dilatations vasculaires comme dans l'acné rosée. Il désigne cette affection sous le nom de liodermie rosacée.

Pemphigus foliacé.

M. Mracek présente un homme atteint d'une affection qu'il tendrait à désigner comme pemphigus foliacé. Ce malade aurait présenté au début des symptômes qui pouvaient faire croire à une dermatite herpétiforme. Il est entré, il y a un mois, dans son service, il aurait toujours été bien portant.

Trois mois auparavant apparurent sur le tronc des taches rouges, leur nombre augmenta rapidement, au point que tout le corps fut envahi. En même temps, le malade avait la sensation comme si toute sa peau était en contact léger avec des pointes d'aiguilles. La température vespérale était d'un degré au-dessus de la normale.

État au moment de l'entrée du malade : peau de la face et des paupières, à l'exception de celle du front, légèrement œdématiée, d'ailleurs indemne d'éruption ; étaient aussi indemnes la région antérieure des genoux, le scrotum, la face interne des jambes, la surface d'extension des articulations huméro-cubitales, une partie du dos des mains et les pieds. Sur le front, les membres, le cou et les parties inférieures de l'abdomen, on voyait des efflorescences de la dimension de l'ongle, légèrement saillantes, rouge pâle, plus foncées sur les parties déclives du corps, pâlissant à une légère pression. L'épiderme était en quelques points légèrement plissé. Cependant, à partir de la région inférieure du cou, sur le tronc et l'abdomen, la peau était rouge bleuâtre, avec de nombreuses efflorescences caractérisées par une exsudation séreuse sous-épidermique ; quelques-unes de ces efflorescences étaient recouvertes de squames épidermiques sèches et peu adhérentes.

A la limite du creux des aisselles, au pli des coudes, l'épiderme était fendillé. L'éruption ne présentait aucune régularité dans sa répartition.

A cette période, l'auteur pensait avoir affaire à une dermatite herpétiforme de Duhring, d'autant plus que la maladie datait de deux mois et que toute la peau du tronc était le siège d'une inflammation avec bulles aplaties ; en outre, cette affection se manifestait pour la première fois chez ce malade, était caractérisée par des sensations de picotements et de prurit et paraissait prendre une marche chronique. Depuis lors, l'aspect clinique a changé ; actuellement, on ne trouve que quelques efflorescences isolées, les caractères inflammatoires de la peau ont diminué dans la même proportion, car presque tout l'épiderme est recouvert de squames larges et souples; sur les surfaces de flexion du cou et du creux des aisselles, etc., l'épiderme est le siège de rhagades plus profondes, et présente, en un mot, l'aspect du pemphigus foliacé. Jusqu'à présent, on n'a constaté de grosses bulles ni sur la peau ni sur les muqueuses, ni picotements, ni prurit.

M. Kaposi. — Ce cas diffère du pemphigus ordinaire. Toutefois l'aspect est très étrange, notamment la configuration des efflorescences isolées et l'état du dos et des coudes et des autres régions, il correspond à un processus d'exsudation superficielle, où l'épiderme est soulevé périphériquement. Il n'existe à proprement dire nulle part, même sur les points où les efflorescences sont isolées, d'exsudats suffisants pour détacher au moins l'épiderme. Il est tout aussi sec que dans le psoriasis. Si l'on soulève l'en-

veloppe épidermique il s'écoule du sérum. Aussi l'orateur n'oserait pas dire qu'il s'agit d'un pemphigus, mais en tout cas cette affection présente un aspect extraordinaire.

M. Schiff demanderait un examen plus complet, il tend à rapprocher ce cas de l'eczéma séborrhéique décrit par Unna; en premier lieu le cuir chevelu est tout particulièrement envahi, ce qu'on observe très exceptionnellement dans le pemphigus, l'état du cuir chevelu est celui d'une séborrhée infiltrée, sèche, en desquamation ; en second lieu sont précisément les sièges d'élection du psoriasis, c'est-à-dire les coudes et les genoux, qui sont indemnes ; enfin en troisième lieu, les infiltrats compacts, durs, très visibles sous les squames. Au point de vue du diagnostic l'orateur propose de commencer le traitement par le cuir chevelu, et de faire précéder ce traitement par des remèdes antiparasitaires.

M. Neumann. — La configuration des efflorescences isolées lui ferait croire à un psoriasis vulgaire. Mais sur la peau de la nuque, il y a un point humide et recouvert d'exsudat ; en outre on ne trouve pas dans le psoriasis généralisé les lésions qui existent ici sur le dos des mains et les ongles. M. Mracek n'est pas d'avis d'instituer un traitement mais d'attendre que la marche ultérieure de la maladie éclaire le diagnostic ; ce cas ne présente nullement l'évolution du pemphigus foliacé, où les masses épidermiques sont si minces qu'on peut les détacher simplement avec un linge.

M. Hebra est indécis quant au diagnostic Il voudrait exclure le pemphigus foliacé. Il n'a jamais vu apparaître cette dernière affection d'une façon aussi spontanée. Ce cas s'en rapproche d'une manière grossière, mais s'en distingue au fond; on n'observe jamais une adhérence aussi complète des masses squameuses dans les points où une couche épidermique en recouvre une autre.

Il ne veut pas croire à un pemphigus foliacé par le fait seul que le Dr Mracek n'a pas mentionné la présence de véritables bulles.

Il se rangerait plutôt à l'idée d'un eczéma séborrhéique. Toutefois l'orateur ne peut se faire une idée claire de cette affection, ni d'après les écrits d'Unna, ni d'après ses entretiens avec lui. Cependant il a vu quelques cas pour lesquels ce nom lui paraît heureusement choisi, il ne sait pas si Unna les eût ainsi désignés. Il a montré entre autres à Unna un cas très évident de psoriasis généralisé, et Unna a prétendu qu'il s'agissait d'un eczéma séborrhéique. Hebra pense que, dans le cas actuel, on a affaire à un simple psoriasis d'une forme un peu exceptionnelle. La tête présente exactement le même aspect que dans le psoriasis ordinaire. L'état du corps offre plus de difficultés au point de vue du diagnostic.

L'existence de parties humides signalée par M. Neumann ne suffit pas pour éliminer le psoriasis, parce que les vêtements, les remèdes, etc., peuvent provoquer sur le psoriasis des phénomènes eczémateux. On n'est pas autorisé à nier le psoriasis à cause d'une seule plaque eczémateuse.

La localisation des efflorescences est hétérogène par rapport au siège habituel du psoriasis, justement les coudes et les genoux étant indemnes dans ce cas. Mais on sait que ces régions ne sont plus souvent envahies par le psoriasis qu'en raison de l'irritation plus fréquente à laquelle elles sont exposées; on sait aussi que l'on peut provoquer à volonté des efflorescences psoriasiques par le grattage avec une épingle.

D'autre part, sous l'influence d'une irritation de la peau, des efflorescences psoriasiques peuvent se développer sur les parties en question, chez des sujets prédisposés, par exemple à la suite d'un emplâtre de moutarde ; il serait donc porté à croire qu'il s'agit ici d'un cas de ce genre, dans lequel à la suite d'une irritation externe le psoriasis est récemment survenu. Hebra croit que dans ce cas il y avait antérieurement une autre affection qui a été suivie d'un psoriasis. Ce malade a toujours eu d'abondantes transpirations qui ont pu favoriser le développement de cette affection. Elle a pu provenir à la suite d'une cause quelconque en des points déterminés qui ne sont pas ceux où se localise d'ordinaire cette éruption.

M. Lang ne saurait admettre qu'il s'agit dans ce cas d'un pemphigus foliacé. C'est toutefois un cas très rare et il pencherait pour un psoriasis, bien que les surfaces d'extension des coudes et des genoux ne soient pas spécialement envahies. Depuis plusieurs années déjà l'orateur a appelé l'attention sur l'existence de deux types de psoriasis relativement à son expansion. Outre le type habituel (coudes, genoux, cuir chevelu, etc.), il faut distinguer un psoriasis ayant la même localisation que l'eczéma. Dans quelques cas l'eczéma chronique se transforme graduellement en psoriasis. Des points dans les plis inguinaux, à la surface de flexion des coudes, au creux des jarrets, qui peut-être durant des années ont été le siège d'un eczéma chronique, prennent peu à peu le caractère du psoriasis et il se manifeste ensuite sur d'autres régions. Mais on peut objecter ici que ce malade n'est atteint que depuis trois mois, si toutefois on ne veut pas admettre qu'il ne s'est pas aperçu qu'il avait une variété chronique d'eczéma. Quand ce psoriasis se généralise il rentre dans les dermatoses les plus rebelles, parce que l'eczéma qui en est le point de départ est très réfractaire à toute thérapie.

M. Neumann. — Il est très facile de savoir si un eczéma existait ou non antérieurement. Si le cuir chevelu, le pavillon des oreilles, etc., étaient antérieurement eczémateux, le psoriasis prend toujours alors une forme gyroïde sur le front, la nuque et le pavillon des oreilles. Actuellement qu'il lui est possible de mieux voir le malade, il élimine absolument le psoriasis. Ce ne sont pas des squames, mais un exsudat desséché. Relativement au pemphigus foliacé, ce serait un cas exceptionnel ; car cette affection n'épargne pas habituellement certaines parties de la peau. Il ne saurait être question non plus d'un eczéma séborrhéique, qui n'atteint que le cuir chevelu.

M. Schiff ne tient pas à la dénomination d'eczéma séborrhéique, il voudrait seulement indiquer que l'on a affaire à un eczéma de nature mycosique.

M. Ehrmann cite un cas de pemphigus très semblable à celui qui est présenté aujourd'hui.

M. Kaposi, après un court résumé des opinions émises par les précédents orateurs, termine en disant qu'en ce qui concerne la partie diagnostique de la question, tout le monde est d'accord pour admettre des efflorescences isolées. En réalité, il y a quelques efflorescences qui sont formées d'efflorescences desséchées et très dures. Il est incontestable que le psoriasis peut se produire sous cette forme. Si quelqu'un est atteint une pre-

mière fois d'une éruption aiguë de psoriasis, il ne s'ensuit pas que les coudes et les genoux soient aussi envahis. Il ne s'agit de faire attention qu'à deux faits : trouve-t-on sur les efflorescences de l'épiderme accumulé ou du sérum sous-jacent ? On a prétendu que personne ne pouvait être atteint de pemphigus foliacé, si des points isolés sont idemnes ; il y a toutefois des degrés intermédiaires entre les diverses variétés. On observe dans le cas actuel des foyers qui ne sont pas atteints, et puis des efflorescences primaires, fait qui se produit dans le psoriasis et dans le pemphigus. Cependant il est incontestable que des efflorescences semblables à des pomphi existent sur la région sternale. Certains points où l'épiderme se soulève en squames, comme le fait remarquer Neumann, présentent incontestablement l'aspect du pemphigus.

Quant à dire qu'un psoriasis peut se développer sur un eczéma, il ne saurait en être question dans ce cas. Il y a plus de motifs en faveur d'un pemphigus que d'un psoriasis. En tout cas ce malade doit être soumis à une longue observation.

1° Zona gangréneux; 2° Gomme de la lèvre; 3° Eczéma séborrhéique.

M. Kaposi présente : 1° une malade atteinte de zoster gangréneux hystérique atypique. C'est la onzième fois que cette malade vient à la clinique. Elle a des cicatrices des poussées antérieures, au-dessus de la poitrine, à gauche dans la région lombaire. Les foyers présentent de petits arcs correspondant aux vésicules marginales; pour le reste, groupes plus ou moins compacts de vésicules comme dans le zoster ordinaire. La marche de la maladie a toujours été cyclique.

2° Une autre malade, présentée dans une séance précédente, ayant un ulcère caractéristique de la lèvre supérieure, qui depuis 18 mois avait été traité sans succès. Selon l'orateur, il s'agissait d'une gomme ulcérée serpigineuse; elle a été guérie par l'emplâtre hydrargyrique.

3° Enfin un malade avec un eczéma ordinaire et une séborrhée du cuir chevelu, dans la région sternale plusieurs foyers bien circonscrits, les vésicules présentent des croûtelles et des squamules séborrhéiques, en outre, disséminés sur tout le corps, les signes caractéristiques de l'herpès tonsurant maculeux.

Il s'agit donc dans ce cas d'une variété d'eczéma correspondant au type de l'eczéma séborrhéique. A ce propos, l'orateur tient à dire qu'il n'admet cette dernière variété que dans le sens dont il a parlé longtemps avant Unna et qu'il a signalée dans son ouvrage sous le nom d'eczéma séborrhéique ou folliculaire, c'est-à-dire que dans tous les points où il y a de nombreuses glandes sébacées, tête, région sternale, ainsi que dans d'autres régions encore, chez les sujets disposés à la folliculite, dans l'eczéma, la syphilis, etc., la maladie envahit de préférence les vaisseaux périfolliculaires, et par conséquent les produits épidermiques des glandes sébacées se combinent avec les autres produits morbides et donnent ainsi le caractère typique. De plus, la disposition en groupes des follicules détermine les formes annulaires qui rappellent les affections mycosiques, bien qu'il n'y ait pas de champignons. Dans le cas actuel s'ajoutait à l'ensemble

du tableau morbide, la coexistence évidente d'une dermatomycose, qui est ici accidentelle. Dans les squames des cercles et des disques eczémateux de la région sternale on n'a pas trouvé de parasites.

Asparagine de mercure.

M. Neumann présente 4 malades traités avec le mélange d'asparagine et de mercure préparé par le professeur Ludwig.

La solution d'asparagine et de mercure est étendue avec de l'eau distillée jusqu'à concentration de 1 à 2 0/0 de mercure. En ajoutant un peu d'asparagine en poudre, on peut faire disparaître le trouble blanc produit spontanément par cette addition, ou elle a lieu spontanément lorsque la préparation est ancienne.

Cette solution se distingue des précédentes par sa stabilité. L'orateur a traité ainsi 44 malades.

Il ne s'agit pas ici d'une nouvelle conquête de la thérapeutique, c'est seulement un remède qui amène la guérison en peu de temps. Ce médicament est très rapidement éliminé par l'urine; après les premières injections on constate la présence du mercure dans l'urine. Une solution à 2 0/0 provoqua rapidement des selles sanguinolentes ; il est revenu alors à une solution à 1 0/0.

SÉANCE DU 9 MARS 1892

Présidence du professeur Kaposi.

Érythème multiforme et purpura rhumatismal.

M. Neumann. — Chez ce malade les efflorescences ont pour la plupart une étendue variant de celle d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs en argent, les plus récentes sont rouge clair, les anciennes vertes, rouge livide ; le point intéressant c'est la forme annulaire des lésions cutanées. Pas d'albumine; hémoglobine 75 0/0 ; 4,189,000 de corpuscules rouges du sang et 12,702 de blancs. L'affection a débuté il y a 15 jours. Le cœur est indemne. Il y a notamment sur le cuir chevelu de nombreuses efflorescences ; lorsque le malade est entré à la clinique il avait des douleurs articulaires, de la faiblesse, des troubles des fonctions digestives.

M. Mracek présente de nouveau le malade (pemphigus foliacé) de la séance précédente ; il a eu de rechef, il y a 4 jours, des picotements et du prurit très pénibles.

M. Neumann, contrairement à l'opinion émise d'autre part, qu'il s'agit d'un psoriasis, dit que dans un psoriasis diffus il y a toujours de l'infiltration, tandis que dans le cas actuel la peau est molle, élastique et plutôt œdémateuse. Dans quelques points il est facile de soulever l'épiderme et audessous il y a des rhagades, quelques efflorescences laissent suinter un liquide séreux. Il croit donc que le diagnostic de pemphigus est plus probable que celui de psoriasis.

M. Kaposi signale les caractères qui sont en faveur d'un pemphigus, la succulence de quelques parties saillantes, principalement de la région

axillaire, mais aussi d'autre part il tient à montrer les difficultés qui pourraient détourner du diagnostic de pemphigus. Sur une efflorescence dont on peut avec le doigt sentir la succulence, il y a au-dessous de l'épiderme une cavité séreuse. Une deuxième circonstance milite en faveur du pemphigus, c'est que ce malade aurait dû avoir, durant ces 15 jours, des efflorescences psoriasiques d'aspect caractéristique. Or, le psoriasis ne survient jamais au début sous forme de foyers d'une dimension variant de celle d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs en argent, mais toujours par un pointillé (Stippchen).

Il n'en est point ainsi dans ce cas, ce sont des disques qui correspondent aux dimensions habituelles d'une bulle. En troisième lieu, sur les foyers confluents l'exfoliation se fait en larges disques comme dans un pemphigus foliacé typique. En quatrième lieu, les régions qui la dernière fois étaient encore très hyperhémiées et infiltrées, sont à présent déprimées et plates. Il est donc probable que nous avons affaire à un pemphigus, mais il est extraordinaire de voir si peu de sérosité. Comme traitement, Kaposi propose l'emploi de compresses trempées dans la solutionde Burow à 10 0/0.

Glossite ; langue géographique.

M. Paschkis présente une fille de 11 ans, ayant sur la langue des plaques de bonne nature. L'aspect clinique n'est pas, à vrai dire, conforme à la description des plaques décrites par Caspari, car ces plaques éphémères disparaissent dans l'espace de 7 à 8 jours, pour reparaître plus tard. L'orateur n'a jamais vu cette éruption chez des adultes ; chez ces malades, elle revêt un autre type, il se produit d'abord 1 à 2 plaques, qui deviennent confluentes, en général sur un des côtés de la langue ; chez les enfants cet état persisterait très longtemps. Chez ces derniers, on ne les a jamais vues après 6 à 7 ans, l'orateur ne sait donc pas s'il s'agit d'une éruption migratrice « wandernder Ausschlag » ou d'une plaque de Caspari.

M. Hochsinger. — D'après l'aspect de la langue, cet état serait le même que celui qu'on observe chez les petits enfants, particulièrement chez les nourrissons, et qu'on a désigné sous le nom de langue géographique. L'orateur croit que, anatomiquement, c'est la même lésion que la plaque décrite par Caspari.

M. Ehrmann a rencontré plusieurs fois la langue géographique chez des adultes, notamment chez deux malades qui avaient suivi un long traitement antisyphilitique. Dans ces deux cas, il y avait un catarrhe chronique de l'estomac avec dilatation, peut-être existait-il un rapport étiologique entre ces deux affections.

M. Lang. — On observe parfois que la langue est trop large pour tenir entre les arcades dentaires. Dans ces cas, la langue est plissée ; cet état est parfois congénital. Dans la plupart de ces cas, les plis présentent un terrain si favorable pour le développement des colonies de germes, que la maladie est très rebelle au traitement. Ce que l'on prend pour des rhagades ne sont que des dépressions profondes et des plis.

M. Neumann. — La langue géographique présente constamment une couche épithéliale tout à fait mince, tandis que dans les formes syphilitiques, le bord des gyries est toujours un peu plus large et saillant, et recouvert d'un léger enduit. Ces affections sont assez fréquentes.

M. Em. Kohn a observé un cas semblable, chez une femme atteinte d'influenza. L'affection était très tenace, les proliférations parasitaires disparaissaient d'un côté pour revenir de l'autre. La guérison ne survint qu'au bout de 15 jours.

M. Paschkis. — Selon lui les formes qui surviennent chez les enfants seraient différentes des plaques dites de Caspari des adultes. La langue géographique n'est qu'un mot. L'affection dont il est question ici n'a rien de commun avec la syphilis; cette fille a, il est vrai, les dents d'Hutchinson, mais elle n'est pas syphilitique. On observe parfois des plaques de bonne nature à côté de plaques syphilitiques, le diagnostic différentiel est alors très difficile. Il y a encore un grand nombre d'autres plaques qui n'ont pas été décrites jusqu'à présent. Em. Kohn a évidemment fait allusion aux plaques désignées par les Français sous le nom de psoriasis saburral, lesquelles coïncident avec des troubles digestifs. Des plaques de ce genre, qui ne changent pas de place, surviennent aussi congénitalement chez des enfants ; parfois sur le bord lingual il y a un épithélium épaissi et trouble.

M. Kaposi partage l'opinion d'un précédent orateur. Il y a tant de formes, qu'elles ne peuvent pas avoir été complètement décrites, parce que anatomiquement elles se ressemblent beaucoup ; elles présentent toujours une prolifération papillaire avec chute de l'épithélium, surtout au centre, qui apparaît alors sous forme d'une tache rouge. Sur le bord, l'épithélium soulevé est encore gris. La variété des formes n'est pas très considérable mais celle des rapports étiologiques l'est beaucoup. Il y a encore un nombre important de cas dont l'étiologie est inconnue. Comme ils ne constituent pas des formes délimitées de par leur origine, on ne devrait pas les désigner par des noms d'auteurs. Kaposi les a observés à tous les âges. Il en est beaucoup de congénitaux qui persistent durant toute la vie, ne déterminent jamais de kératose et parmi ces derniers Kaposi range le cas actuel. Il est au contraire des formes ne survenant qu'à un certain âge, elles sont très variées et parmi celles-ci figurent celles que l'orateur a décrites sous le nom de glossodynie exfoliative, lesquelles s'accompagnent d'une très grande douleur qui peut entraîner la folie.

Il a vu toute une série de cette affection chez des hommes dont l'état s'améliorait ou guérissait dans l'espace de quelques mois ou d'un à deux ans, si l'on traitait leur gastricisme (cure de Carlsbad) ; chez des femmes atteintes d'anémie et qui guérissaient entièrement sous l'influence du fer, de l'arsenic et des amers, etc... Dans d'autres cas il ne se produisait pas d'amélioration, tout au plus une atténuation momentanée des douleurs. Il serait disposé à croire que dans ces cas la sensibilité tient à l'absence d'épithélium. Je ne partage pas l'opinion de Lang qui prétend qu'il s'agit d'une langue plissée, car l'augmentation de volume s'étendrait à toute la langue.

M. Lang croit que dans le cas actuel il s'agit bien d'une langue plissée.

On peut contester une hypertrophie, il ne s'agit, en effet, que d'un plissement de la muqueuse linguale.

M. Kaposi fait remarquer que selon lui le cas actuel n'est pas de la glossodynie exfoliative, mais un exemple de ces langues congénitales charnues (Fleischzungen).

M. Ehrmann. — On observe ici le même état que dans le cerveau, où la surface seule doit être hypertrophiée pour pouvoir former des plis. Les formes purement exfoliatives, qui ne coïncident pas avec un épaississement de l'épithélium, sont habituellement accompagnées d'une inégalité mamelonnée de la surface linguale, tandis que celles qui sont compliquées d'un épaississement de l'épithélium ont une surface absolument lisse. C'est là un symptôme très important.

Pityriasis pilaire ou psoriasis.

M. Neumann présente un homme que l'auteur avait présenté, il y a deux ans ; la première fois, on crut à un érythème toxique, plus tard à un lichen ruber acuminé ; pendant 18 mois, il offrit le caractère du pityriasis rubra pilaire des Français. Dans les derniers temps, alors que la peau était molle et élastique, il survint subitement sur le pavillon des oreilles, la nuque, et principalement sur le cuir chevelu, des plaques saillantes, lenticulaires, recouvertes de squames, et si on les enlevait, le tissu était sanguinolent, donc tout à fait l'aspect d'un psoriasis vulgaire. En quatre semaines, le nombre des efflorescences a augmenté. Que conclure de cette évolution ? En tout cas, il paraît ressortir de ce fait que toutes les maladies des tissus épidermiques ont dans leur marche une certaine analogie ; au point de vue anatomique, il existe aussi une ressemblance avec la restriction que, ici, les papilles ne sont pas hypertrophiées, comme dans le lichen ruber acuminé, les vaisseaux ne présentent pas ces proliférations, et notamment les follicules et les follicules pileux ne sont pas envahis par la maladie.

M. Lang. — L'affection actuelle n'a pas un rapport nécessaire avec la première dermatose ; peut-être la première maladie de peau a-t-elle créé une prédisposition pour le psoriasis.

M. Hebra met en doute que les plaques squameuses actuelles soient du psoriasis. Toute la peau du malade est recouverte d'une grande quantité de squames ; en quelques points seulement la desquamation est un peu plus abondante, mais il n'y a pas de plaques caractéristiques de psoriasis, elles sont trop peu circonscrites, d'un rouge trop pâle et l'aréole rouge n'est pas aussi nettement caractérisée que d'ordinaire dans le psoriasis. Dans les points où les masses épidermiques sont plus accusées, dans la région temporale et sur le cuir chevelu, le bord rouge manque entièrement, c'est une simple hyperkératose. L'orateur croit que le malade a encore du pityriasis pilaire ou bien une nouvelle poussée de cette affection. Il ne pense donc pas que ce soit un psoriasis. Il faut attendre pour savoir si ce sont simplement les restes du pityriasis rubra antérieur ou s'il s'agit d'une nouvelle apparition de cette maladie.

M. Kapozi fait observer que les plaques de psoriasis à la période de régression ne présentent précisément pas d'aréole rouge. Les plaques

actuelles sont pour lui des plaques de psoriasis en régression. Si l'on examine attentivement les deux phénomènes les plus frappants de ce cas à partir de sa première période par rapport à un psoriasis éventuel, il est permis de dire que durant chaque exacerbation il a observé la forme acuminée des papules, par exemple à la face dorsale des doigts, et des callosités à la paume des mains chez un employé de banque, qui était certainement atteint de psoriasis, pendant des années jusqu'à sa mort, qui eut lieu dans le marasme ; par contre il n'a jamais vu chez un psoriasique un érythème diffus comme précurseur du psoriasis, tel que ce malade l'a présenté au début. Mais il a vu et démontré d'autre part dans le lichen ruber plan et acuminé l'apparition de rougeurs comme période prodromique non typique ; il pourrait donc peut-être se produire un fait analogue dans le psoriasis à développement très aigu. Mais Kaposi néglige complètement de porter une appréciation diagnostique sur ce cas, il voudrait insister sur un autre point. Neumann a dit en relatant ce fait, que l'autonomie du pityriasis rubra était prouvée par là ; il lui demande par conséquent si actuellement encore, après ce changement multiple des symptômes, il regarde ce cas comme venant à l'appui de l'autonomie du rubra pilaire.

M. Neumann considère les plaques actuelles comme du psoriasis, en raison de leurs caractères typiques. A l'apparition de ces nouveaux symptômes il s'est demandé s'il ne s'agissait pas de plusieurs papules de pityriasis pilaire confluentes et recouvertes d'une squame commune, pouvant ainsi donner à l'éruption un faux aspect de psoriasis ; il ne lui a pas été possible de le constater. Quant au pityriasis rubra pilaire, il faut croire les auteurs qui ont décrit cette maladie et vu des cas nombreux. Ernest Besnier, l'auteur le plus compétent sur le pityriasis rubra pilaire, a dit dans des annotations de l'ouvrage de Kaposi que les maladies des tissus épidermiques, le pityriasis pilaire et le psoriasis, sont des affections connexes l'une de l'autre. D'après l'orateur les papules qui surviennent dans la dernière période du psoriasis diffèrent complètement. Il maintient en tout et pour tout comme juste ce que E. Besnier a écrit relativement à l'observation clinique et aux données anatomiques. Ce qui dans ce cas s'éloigne de l'aspect habituel, les plaques recouvertes de squames dénotent une connexion avec le psoriasis.

Le même orateur présente un homme d'Odessa ; presque toute la surface cutanée est envahie, la face est recouverte de croûtes desséchées, les sillons profonds, la surface du corps rouge, squameuse, il en est de même des membres inférieurs, en ces points la peau est molle, mince et élastique, nulle part d'infiltration notable, donc ou bien psoriasis généralisé qu'on ne saurait admettre, ou lichen ruber qu'il faut également exclure ; la question est donc de savoir s'il s'agit d'un pityriasis rubra ou d'un eczéma généralisé. Si l'on examinait seulement la face et l'exsudat desséché sur les autres régions de la peau, on serait tenté d'admettre le premier, mais il existe des croûtes épaisses sur la face dorsale des mains, des rhagades notamment autour des poignets ; sur la surface de flexion des genoux il y a toutefois une infiltration considérable. Neumann est par suite disposé à admettre provisoirement un eczéma généralisé. Peut-être dans le cours de l'observation d'autres symptômes ourront se produire

Altérations du sang dans les maladies de la peau.

M. Gollasch. — En 1885, Kaposi a décrit une nouvelle maladie s'accompagnant de violent prurit et d'eczéma étendu chez une femme de 39 ans qui mourut au bout de 14 mois.

Tout à fait au début de l'observation clinique l'examen du sang fit reconnaître une augmentation notable des corpuscules blancs, de sorte que le rapport de ces corpuscules blancs avec les corpuscules rouges était de 1 à 34. D'après la tumeur de la rate déjà constatée auparavant et qui augmenta ultérieurement, d'après la nature grise de la moelle du sternum, de la colonne vertébrale et des os de l'articulation du pied, mais principalement en raison de la présence de nodosités lymphatiques dans la peau et les organes internes, il est fort à supposer qu'il s'agissait ici d'une maladie qui devait se rapprocher surtout de la leucémie lymphatique. En effet, une leucémie myélogène, qui avec une hypertrophie relativement légère de la rate suppose déjà l'engorgement des ganglions lymphatiques, appartient aux formes aiguës de cette maladie, qui au bout de peu de mois amène régulièrement la mort. Dans ce cas la proportion des corpuscules rouges par rapport aux blancs, n'est pas, au début de l'engorgement ganglionnaire, de 1 pour 30, mais tout au plus de 1 pour 10 et au-dessous.

En avril 1890 il a eu l'occasion, à la clinique de Kaposi, d'examiner le sang d'une malade de 54 ans chez laquelle on avait posé le diagnostic de leucémie pernicieuse. Il voudrait dire un mot ici, parce que les leucocytes à granulations grossières trouvés dans la circulation sanguine d'abord par Semmer de Dorpat et désignés plus tard par Ehrlich sous le nom de cellules éosinophiles, dont on a placé jusqu'à présent et exclusivement le terrain de formation dans la moelle osseuse, étaient sensiblement augmentés dans le sang et se trouvaient en très grand nombre dans la peau.

L'examen du sang donna 3,500,000 de corpuscules rouges et 140,000 de corpuscules blancs.

La proportion des corpuscules blancs pris en bloc, dont il faut tenir compte dans chaque examen des maladies leucémiques, peut se traduire dans ce cas par les chiffres suivants :

Lymphocytes	90 0/0
Leucocytes neutrophiles polynucléaires	7 0/0
Éosinophiles	3 0/0

Chez cette malade le nombre des cellules éosinophiles était dix fois plus considérable que dans le sang normal.

On ne pouvait pas admettre de prime abord que dans ce cas les cellules éosinophiles provenaient exclusivement de la moelle osseuse, puisque dans l'unique cas connu jusqu'à ce jour dans lequel les cellules éosinophiles semblaient venir exclusivement de la moelle osseuse, de la leucémie myélogène, il y avait régulièrement des corpuscules rouges contenant des noyaux qui manquaient complètement ici. Comme presque en même temps cette espèce de cellules a été constatée dans d'autres affections de la peau par Lukasiewicz et l'orateur, il colora un fragment de peau avec de

l'éosine, de la glycérine et du vert de méthyle sur des cellules éosinophiles. Ces cellules étaient disséminées en grand nombre dans le chorion. Elles étaient les unes à un seul noyau, les autres à plusieurs noyaux, de plus il y avait des cellules isolées atteintes de mitose et chez lesquelles à la période du plateau équatorial le protoplasma était nettement granulé et coloré avec l'éosine.

Il suffit toutefois de la présence de cellules mononucléaires d'éosine en ces points pour en conclure que ces cellules naissent en ce lieu, car on sait que toute cellule qui apparaît dans le sang avec plusieurs granulations ou avec noyau n'a qu'un seul noyau à son point d'origine, et que la transformation du noyau pendant la circulation se produit vraisemblablement en quelques secondes. Chez les individus à l'état normal on ne rencontre les leucocytes à un seul noyau que dans la moelle osseuse des côtes, dans le sang circulant au contraire ils sont toujours à deux ou plusieurs noyaux.

Il y avait en outre dans la croûte qui était restée adhérente au fragment de peau pendant tout le traitement, à côté de nombreux lymphocytes, des cellules éosinophiles; dans cette affection elles paraissent avoir émigré à travers l'épithélium. On ne sait encore rien sur la signification physiologique de cette variété de cellules. Seulement, d'après les dernières observations faites au Rudolfspital, on peut affirmer que certains organes qui produisent ces cellules dans des conditions physiologiques ou pathologiques, forment des groupes dont les fonctions sont plus ou moins analogues et que, en dermatologie ainsi que dans la médecine interne, on peut diagnostiquer certaines maladies par suite de l'augmentation considérable de ces cellules et qu'on pourra en exclure d'autres, du moins pour un seul et même organe.

M. Mracek fait observer que Neusser signale déjà l'éosinophilie dans le pemphigus, Gollasch dans la lymphodermie et dans le sarcome malin; il demande à l'orateur s'il est à même actuellement, en s'appuyant sur cet état du sang, de tirer des conclusions relativement à ces maladies cliniquement distinctes, de signaler des différences dans l'apparition de ces modifications.

M. Gollasch veut terminer d'abord ses recherches avant de porter un jugement définitif.

SÉANCE DU 23 MARS 1892

Présidence du professeur Kaposi.

Sarcome pigmentaire idiopathique.

M. Kaposi présente deux cas de sarcome pigmentaire idiopathique multiple.

1° Un homme de 73 ans; la maladie est ici facile à reconnaître, bien que sous certains rapports elle s'éloigne du type habituel ; sur le dos des mains et des pieds les symptômes sont tels qu'on les a d'ordinaire décrits. mais les nodosités sont relativement peu volumineuses ; il y a aussi des nodosités sphériques, noir bleu, du volume d'un grain de plomb, d'autres plus grosses et plus nombreuses sur des régions éloignées, notamment les avant-bras, les coudes, les genoux, les mollets, la face, sur lesquels on les voyait survenir dans la plupart des cas observés à une période où les nodosités existaient depuis longtemps sur les mains et les pieds. On trouve aussi des plaques qui ont été décrites autrefois, par exemple dans la région du genou droit, disposées irrégulièrement, une entre autres de plus d'un centimètre de diamètre, composée de nodosités isolées, à base infiltrée, avec centre déjà déprimé, atrophié ; les anciennes nodosités centrales peuvent se résorber complètement, par conséquent offrent une grande analogie avec le lupus et la lèpre. Sur la jambe droite, nombreux tubercules semblables, disséminés. La peau au niveau de l'articulation des pieds et sur la face dorsale est rouge bleu brun diffus, plus prononcé à droite qu'à gauche ; la peau est si dure et si rude qu'il est impossible de la plisser et de la déprimer. Cette infiltration est moins accusée sur le dos des mains. Dans la sphère de cette rougeur diffuse mais circonscrite, il n'y a pas de nodosités.

2° Un homme de 51 ans. Toute la partie antérieure du pied est rouge bleu diffus et tuméfiée, pâteuse, surtout à gauche, pas de nodosités. Au contraire la peau des mains est le siège d'une rougeur beaucoup plus caractérisée, elle est en même temps dure. Sur le doigt annulaire de la main gauche la peau en quelques points est rouge bleu, légèrement épaissie, brillante, sur le bord de la rougeur 2 à 3 nodosités rouge bleu à peine de la grosseur d'un grain de plomb, tandis que sur le rebord cubital du bras et de chaque côté, taches irrégulières de la dimension d'une pièce de 0,50 cent. à celle d'une pièce de 5 francs en argent, à l'intérieur elles présentent des traces de nodosités. Sur les fesses, une plaque formée de nodosités de 5 centim. de longueur sur 2 1/2 de largeur, une autre plaque analogue au niveau du coude. En outre sur la paupière gauche, infiltration rouge bleu circonscrite ; sur le pavillon de l'oreille du même côté quelques tubercules rouge bleu du volume d'un grain de plomb. On voit donc de rechef que dans le point, où d'ordinaire apparaissent des tubercules de ce genre de la grosseur d'une cerise et même plus volumineux (paupières) seulement au bout de 6 à 8 ans, celles-ci existent déjà ici à une époque où sur les membres le développement de la maladie en est encore à une période plus précoce. On sait que ces formes sont relativement plus bé-

nignes que toutes les autres variétés de sarcome pigmentaire, vu qu'elles se résorbent en partie; les malades finissent néanmoins par succomber à la suite du développement de nodosités analogues dans les organes internes, la muqueuse stomacale, le côlon descendant, etc.

L'orateur aurait encore une remarque à faire sur l'apparition de ces productions spéciales sur le dos des mains et des pieds. Il a vu cependant des cas où il n'y avait d'abord qu'une à deux nodosités, et ceci durant 1 à 2 ans; les nodosités se trouvaient par exemple à la paume des mains et à la plante des pieds et avaient une forme sphérique. Chez un médecin l'affection débuta sur la face dorsale des deux mains, elle y était circonscrite mais toujours sous forme de nodosités. Un autre caractère intéressant, c'est la rougeur diffuse spéciale avec dureté anormale; cet état se rencontre dans tous les cas. Kaposi a vu plus de 30 cas de ce genre; mais ces rougeurs diffuses étaient en général telles que si par exemple tout le dos du pied était envahi par ces tubercules, la peau intermédiaire et la peau environnante était rouge bleu et dure au toucher, comme s'il y avait des caillots de fibrine et de l'œdème en quelques points. Il croyait toujours avoir affaire à une espèce de stase consécutive à l'intensité de l'infiltration par suite de l'envahissement des nodosités, à une espèce de trouble local de circulation. Mais si on regarde ces cas dans lesquels la rougeur diffuse est déjà développée avec l'état pâteux de la peau sans qu'il y ait des nodosités, ce fait donne à réfléchir. L'aspect n'est pas celui d'un sarcome pigmentaire complet où dans de grosses cellules se trouve beaucoup de pigment formé éventuellement, mais la coloration foncée est ici occasionnée par les foyers hémorrhagiques microscopiques au centre du tissu. Or, si l'orateur considère comme première période l'apparition symétrique aux extrémités terminales des membres, qu'en outre cette rougeur persiste depuis un an sans qu'il y ait de nodosités et que ces dernières commencent seulement alors à se former sur le bord, il croit qu'il s'agit d'une maladie des vaisseaux, ce que démontrera peut-être un examen histologique plus complet. Chez le premier malade l'affection existe depuis 1 an, chez le second, depuis 1 an 1/2. Sur la muqueuse on ne trouve rien, l'état général est très bon.

M. Riehl pense que les doutes de Kaposi sur l'exacte dénomination de la maladie sont fondés. Il est fréquent de voir la première phase d'une papule sous forme d'une tache rouge ou d'une papule absolument compressive; il a extirpé à un malade une de ces papules; il n'y avait pas de trace de pigment et très peu de sarcome. A proprement dire, pas de sarcome à cellules rondes ou fusiformes, la tumeur appartient aux sarcomes angiomateux, les nodosités débutent il est vrai comme des angiomes, mais prennent immédiatement le caractère d'une néoplasie maligne, car outre les lésions vasculaires surviennent rapidement les cellules du sarcome. Ainsi que le croit à juste titre Kaposi la coloration de la tumeur est occasionnée par des hémorrhagies. Il ne faudrait donc pas compter cette variété parmi les sarcomes pigmentaires. C'est un angiosarcome avec production ultérieure considérable de pigment, lequel commence aussi très souvent sans pigmentation et ne se pigmente que plus tard, dans lequel de grandes surfaces peuvent rester tout à fait indemnes de pigment.

M. Kaposi remarque qu'il s'agit pour lui plus du caractère clinique, car il a déjà signalé sa différence d'avec le sarcome pigmentaire. Il n'a rien à dire contre la dénomination de sarcome angiomateux ; mais il voudrait caractériser cliniquement les variétés relativement à leur mode spécial d'apparition, par exemple, pour la différenciation du sarcome pigmentaire vrai, qui, comme nodosité isolée, se trouve sur un orteil, et après son extirpation on voit survenir rapidement le long des vaisseaux lymphatiques une sarcomatose pigmentaire généralisée et à évolution fatale. Outre le diagnostic différentiel à l'aide des caractères cliniques, il faut tenir compte jusqu'à un certain point du pronostic. Un angiosarcome pourrait même survenir isolément sur une autre partie du corps et ne pas représenter le processus morbide, ce qu'on constate chez ce malade.

1° Corne cutanée ; 2° Syphilis musculaire.

M. Neumann présente les malades suivants :

1° Un homme de 63 ans, avec une corne cutanée développée sur un épithéliome de la joue droite. Sur l'angle droit du nez il existe une tumeur dure, plus volumineuse qu'une noisette, dont la surface est recouverte d'une masse cornée très adhérente, blanc pâle à la surface, d'une teinte brune à la base et à bord très fendillé. Cette masse est en rapport intime avec la tumeur.

2° Un homme qui, en juin 1890, contracta la syphilis et fit une cure de frictions. Le 3 février 1892, plaques muqueuses sur les amygdales et le scrotum, etc., quelques jours après, douleurs rhumatismales pendant la nuit. Sur le triceps brachial du côté gauche tumeur du volume du poing d'un enfant, très douloureuse. La partie malade ne se contracte pas sous l'influence de la faradisation.

Acné des cachectiques.

M. Kaposi présente un malade atteint d'une forme particulière d'acné des cachectiques, avec le caractère de l'acné folliculaire ordinaire, à la face, sur les épaules et le dos. Dans la région du dos, du thorax et sur les bras, points cicatriciels un peu déprimés, blanc brillant, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs en argent, quelques-unes sont complètement décolorées, d'autres sont entourées d'une pigmentation brune, d'autres encore ont à leur périphérie des efflorescences papuleuses avec un point purulent, enfin il en est avec une pigmentation encore récente ; puis on voit une efflorescence lenticulaire recouverte d'une croûte, si on l'enlève on trouve au-dessous du pus et un tissu de granulation lâche, flasque. D'où proviennent ces cicatrices discoïdes spéciales qui existent d'ailleurs dans l'acné folliculaire, mais seulement dans l'épaisseur de l'efflorescence ? Les disques naissent ici de telle sorte qu'immédiatement il s'ajoute une nouvelle efflorescence pustuleuse comme on l'observe d'ordinaire dans la syphilis ou le lupus, de sorte que, si ces plaques apparaissaient seules, on pourrait penser à la syphilis si l'on ne tenait pas compte de la mollesse de l'infiltrat, ou au lupus où des poussées se produisent au centre. L'orateur montre ensuite le dessin d'un cas qu'il a observé il y a quelques années, on

voit les mêmes tubercules et les foyers cicatriciels, pigmentés à la périphérie, foyers avec tubercules au bord, d'autres où les efflorescences sont si compactes qu'elles rappellent l'acné bromique où l'on rencontre de semblables plaques mamelonnées. Il croit qu'il s'agit d'une acné des cachectiques, en tout cas il y a un tissu de granulation comme dans l'observation de folliculite exulcérée publiée par Lukasiewicz. Quant à la signification des cicatrices, le grand nombre des foyers est ici très instructif.

M. Lang comprend ce cas de la même façon. Les rétractions punctiformes qui se trouvent dans l'aire des cicatrices, se rapporteraient aux variétés analogues qu'il a montrées à la Société, dans lesquelles des comédons avec cicatrices se trouvaient sur le gland, et des cicatrices semblables sur les membres. Dans les cicatrices de ce genre il existe à l'intérieur des dépressions punctiformes comme on en voit ici.

M. Ehrmann a vu dernièrement un cas identique chez une dame qui à la suite de l'influenza eut des infiltrats livides qui guérirent en laissant des cicatrices dont la périphérie était pigmentée, il est vrai, sur une moindre étendue. Cette malade a été depuis lors anémique.

M. Kaposi pense que dans les cas de Lang, il n'y avait pas de disques semblables. Il serait disposé à considérer les points visibles comme des follicules non encore détruits.

M. Lukasiewicz croit qu'il s'agit histologiquement d'une espèce particulière d'acné; il n'a jamais vu de cellules géantes dans l'acné vulgaire, et dans ce cas on a affaire à un tissu de granulation avec cellules géantes.

Lichen des scrofuleux.

M. Riehl montre deux préparations microscopiques, l'une concernant une trichinose des muscles de la face et du tissu conjonctif sous-cutané, et l'autre provenant d'un lichen des scrofuleux.

Au congrès de Leipzig, Jacobi, un élève de Neisser, a prétendu avoir trouvé dans les papules de cette affection la même structure que dans les papules tuberculeuses, et peut-être même y a-t-il vu un bacille tuberculeux. L'orateur a observé il y a déjà plusieurs années des cellules géantes dans ces papules. Mais dans le tubercule, il y a de plus du tissu de granulation et des cellules épithélioïdes qui n'existent pas ici. Ensuite les cellules géantes dans le lichen des scrofuleux ne présentent jamais la belle disposition typique des noyaux comme on la rencontre dans le tubercule. Les papules du lichen scrofuleux ont toujours leur siège autour des follicules pileux, qui en général ne sont pas tout à fait à l'état normal; au début on trouve le tissu de granulation sans cellules géantes autour des follicules pileux; plus tard le tissu de granulation augmente beaucoup et traverse le follicule qui subit des métamorphoses régressives sous l'influence du trouble de nutrition ; il se kératinise, le poil agit comme un corps étranger, et on y trouve aussi des cellules géantes. Des lamelles cornées peuvent s'y trouver également, comme corps étranger; ce sont évidemment des débris de la gaine interne de la racine ou des portions kératinisées de la gaine externe. En quelques points on voit tout autour de la coupe transversale du poil les cellules géantes. Là, les cellules

épithélioïdes manquent et la disposition du tissu de granulatien et des cellules géantes n'est pas typique, il ne saurait être question ici de tuberculose.

Cet état n'est nullement caractéristique du lichen des scrofuleux. On peut aussi le rencontrer, par exemple dans le kérion Celsi, où apparaît très souvent un tissu de granulation modifié par l'inflammation, dans le lichen syphilitique où l'on trouve également des cellules géantes de ce genre. Dans d'autres maladies de la peau ces cellules géantes peuvent survenir et il faut les rapporter à la présence de corps étrangers. C'est là un point difficile à décider, mais, si on examine toute une série de préparations, on découvre habituellement très bien la cause de la production des cellules géantes. Il a reçu hier dans son service une malade affectée de syphilis secondaire, elle est en outre atteinte depuis un certain temps d'une séborrhée du tronc, lésion qu'il faudrait plutôt regarder comme de l'ichtyose, tous les follicules des poils follets étant dilatés et remplis par un bouchon. Dans la partie envahie par la roséole on trouve autour des follicules pileux de petites papules, syphilide à petites papules, qui ont exactement l'étendue des taches de roséole, la peau située dans l'intervalle est indemne de papules. Il se pourrait que la roséole en connexion avec la disposition de la peau soit en même temps la cause du mode de groupement du lichen. Riehl dit qu'on ne saurait regarder le lichen des scrofuleux comme un symptôme de tuberculose.

M. Neumann rappelle qu'il a le premier démontré dans le lichen syphilitique la présence des cellules géantes dans les follicules pileux.

Michelson a confirmé le fait. C'est dans la syphilis qu'on peut le mieux étudier les cellules géantes. Dans la syphilide papuleuse on en trouve constamment, non dans les follicules pileux, mais dans le corps pupillaire. Dans les gommes on rencontre aussi des cellules géantes, elles sont ici tout à fait indépendantes des follicules pileux.

M. Lukasiewicz dit qu'il a de nombreuses préparations de lichen des scrofuleux où les cellules géantes sont disposées autour des follicules pileux, mais il n'y a jamais vu de bacilles de la tuberculose. Il y a de nombreux cas qui, il est vrai, ne sont pas de la tuberculose, mais qui toutefois contiennent des cellules épithélioïdes à côté du tissu de granulation et des cellules géantes, comme par exemple dans le cas qu'il a publié de folliculite exulcérée. Dans celui de Michelson il s'agissait d'une syphilide à petites papules, tandis que Michelson et Baumgarten concluaient, d'après la présence des cellules géantes, à une forme mixte de syphilis et de tuberculose de la peau. Si d'autre part Riehl pense qu'il faut regarder ces cellules géantes comme la conséquence de corps étrangers, il est étonnant qu'elles ne surviennent pas dans le lichen plan autour des follicules pileux où on ne les a jamais rencontrées. Ce n'est que dans le cas de Kaposi, de lichen ruber moniliforme, qu'on trouve dans les efflorescences, des petites cellules géantes avec noyaux au centre.

M. Riehl croit que toutes les cellules géantes ne sont pas la conséquence de corps étrangers, ceux-ci ne sont qu'une des nombreuses causes de l'origine de ces cellules. Quant aux cellules épithélioïdes, on ne sait pas encore actuellement à quoi s'en tenir. Il est impossible de décrire une

seule et unique cellule comme épithélioïde et de dire d'où elle vient. Mais où les cellules épithélioïdes apparaissent en même temps que le groupement caractéristique du tissu de granulation et des cellules géantes, on peut conclure à de la tuberculose, surtout si on trouve le bacille et qu'on ait réussi l'inoculation. Le lichen ruber plan a un tout autre mode de groupement que le lichen des scrofuleux, et parfois ce mode de groupement existe seulement autour des follicules pileux. Il n'a jamais observé de cellules géantes dans le lichen ruber plan.

M. Ehrmann. — La notion du lichen syphilitique est limitée. Il ne faut pas regarder toute syphilide à petites papules comme du lichen syphilitique, on ne devrait donner ce nom qu'à des affections qui guérissent avec des cicatrices. Il croit que ce lichen syphilitique a une certaine parenté avec le lichen des scrofuleux, car il survient surtout chez des sujets cachectiques, scrofuleux. Il cite un cas de lichen syphilitique chez une femme à laquelle on avait fait un nombre considérable d'injections mercurielles, sans que l'affection eût disparu ; l'huile de foie de morue amena la guérison. Les disques étaient disposés des deux côtés de la colonne vertébrale, avec axe longitudinal correspondant à la direction des plis de la peau ; ceci est facile à comprendre, le lichen des scrofuleux partant des follicules pileux, il doit également suivre la direction des poils. Peut-être serait-il possible, de cette manière, de mieux se rendre compte du lichen des crofuleux, si on pouvait examiner de plus près son expansion, relativement à la direction des plis.

M. Kaposi. — Il résulte de cette discussion que la nature tuberculeuse du lichen des scrofuleux n'est pas démontrée. Il tient à ajouter que tous ici sommes du même avis, que le lichen syphilitique ou syphilide à petites papules, a anatomiquement une connexion intime avec le follicule pileux, qu'il survient chez des individus cachectiques et devient alors très analogue au lichen des scrofuleux. Il arrive donc parfois que les deux affections surviennent en même temps chez le même sujet. Quand on institue un traitement antisyphilitique le lichen syphilitique disparaît naturellement, et le lichen des scrofuleux reste, et vice versâ.

De l'action des médicaments externes sur la densité du sang.

M. Hermann Schlesinger, après quelques mots sur l'état physiologique de la densité du sang, expose ses recherches sur l'influence des maladies de la peau et des médications externes sur cette densité. Les résultats qu'il a obtenus reposent sur 1.200 expériences.

Il a recherché tout d'abord l'action du mercure et de ses préparations sur le sang. Les syphilitiques qui ont servi à ces recherches étaient des individus robustes, non anémiques, car il devait écarter un facteur nuisible à ses recherches, c'est-à-dire l'augmentation de l'hémoglobine dans les anémies syphilitiques secondaires sous l'influence du mercure.

Certaines préparations provoquèrent des modifications particulières dans la densité du sang. Ainsi, après l'injection de solutions de sublimé à 5 0/0 (une seringue pleine chaque fois), on observe les modifications suivantes : dans les premiers jours, au plus tard après trois fois 24 heures, à la suite de l'injection, il se produit souvent une très considérable élévation du poids spécifique du sang; les jours suivants, on peut observer une diminution graduelle de ce poids, puis de nouveau il s'établit un rapport normal. En général, les modifications du sang cessent au bout de 6 jours. La diminution du poids spécifique est par conséquent beaucoup plus sensible que l'augmentation passagère qui la précède, mais toujours on constate la série décrite ci-dessus, élévation puis abaissement du poids spécifique; jamais on n'a observé la série inverse. Ces modifications sont vraisemblablement en rapport intime avec la résorption de grandes quantités de sublimé. Il dit de grandes quantités, parce que les variations après injection de 1 à 2 centigr. de sublimé sont insignifiantes Avec la résorption du sublimé, puisque les variations apparaissent à une époque à laquelle Spiegler a déjà trouvé du mercure dans l'urine, puisque en même temps, — d'après les recherches d'Obermayer, — il existe le plus souvent dans l'urine une augmentation très considérable de l'albumine nucléaire, preuve qu'une substance irritant les reins les a traversés.

Les modifications du sang marchent souvent parallèlement avec une augmentation notable de la quantité d'urine, sans que l'on puisse regarder cette sécrétion urinaire comme la seule cause des variations du sang. L'orateur a observé ces modifications plus ou moins caractérisées dans 28 à 30 cas après des injections de sublimé, de telle sorte qu'il y a un processus régulier qu'on peut utiliser très bien dans un cas spécial pour savoir s'il existe ou non une résorption essentielle du liquide de l'injection. Si la densité du sang reste la même longtemps après l'injection, on est autorisé à admettre que le sublimé n'est pas résorbé ou seulement en faible proportion, la masse principale du liquide reste en dépôt au point de la piqûre.

Le poids spécifique du sérum du sang qui dépend avant tout du contenu albumineux, subit dans quelques cas des modifications insignifiantes, dans d'autres aucune.

Quelle est la signification de ces variations? Il ne faut pas penser à une modification de l'hémoglobine de quelques corpuscules rouges du sang à

cause du court laps de temps pendant lequel ces changements se sont produits ; il y a donc lieu de supposer comme cause une augmentation des corpuscules rouges du sang. L'orateur ne pouvait pas, pour plusieurs raisons, admettre une augmentation absolue des corpuscules rouges, mais seulement une augmentation relative, c'est-à-dire un épaississement du sang. Dans ces cas donc il faut regarder une élévation du poids spécifique du sang comme une réduction, la diminution comme une dilution. Les modifications qui surviennent après l'injection de grandes quantités de sublimé consistent en un épaississement primaire avec dilution consécutive. Il a étudié ensuite la question de savoir si d'autres préparations mercurielles amèneraient des variations analogues dans la densité du sang. Il a comparé les injections d'huile grise (chaque semaine 1 degré 1/2 d'une seringue de Pravaz, Lang 30 0/0) et les frictions avec l'onguent mercuriel (4 gr. par jour). Avec ces deux méthodes l'auteur n'a pas observé de modifications notables dans la densité du sang pendant toute la durée du traitement ; cela tient évidemment à la faible résorption du mercure dans ces cas. Déjà Biegansky avait remarqué que dans le cours de la cure de frictions il se produisait régulièrement des modifications très importantes dans le nombre des corpuscules du sang, avec des symptômes d'une intoxication mercurielle aiguë.

En examinant d'autres médicaments agissant également sur le poids spécifique du sang, il a vu que cette propriété appartient à différentes substances, à savoir le naphtol (B), la chrysarobine, le pyrogallol, le goudron et ses préparations, mais l'action n'est pas aussi constante qu'avec le sublimé ; les courbes ont en général une grande analogie. Les différences résident surtout dans le commencement des modifications du sang (avec le naphtol, si toutefois elles se produisent quelques heures déjà après son application), dans la durée de ces modifications, dans leur importance et avec certaines substances, par exemple avec le pyrogallol, dans l'irrégularité absolue de leur apparition. Ce n'est qu'avec les préparations de goudron — quand un changement de la densité du sang a lieu — que la courbe est différente. Le poids spécifique du sang s'abaisse rapidement, pour reprendre au bout de quelques jours son état habituel. Il faut peut-être expliquer ce processus par l'action destructive qu'exercent les préparations de goudron sur les corpuscules du sang.

La densité du sang n'est pas notablement influencée par l'emploi externe de substances non toxiques, pommade de zinc et d'acide borique, de graisses et de préparations plus récentes, c'est-à-dire après l'application de gallactophénone et de tiophène.

Les oscillations, même très marquées, dans la densité du sang ne s'accompagnent jamais de troubles notables de l'état général.

Il y a environ 15 ans, Tappeiner a trouvé chez quatre sujets morts de brûlures, un épaississement exceptionnel du sang et attribua à cet état la terminaison fatale. Cette théorie n'a pas été confirmée. A la clinique de Kaposi, depuis plus d'un an Hock, plus tard Spiegler et dans ces derniers temps l'orateur ont, dans toutes les brûlures graves, cherché à déterminer la densité du sang. Dans 15 cas de brûlures suivies de mort, on a trouvé chaque fois dans les recherches entreprises pendant les premières

24 heures, un épaississement très considérable, parfois même énorme du sang, qui disparaissait toutefois quand le malade vivait encore quelques jours.

Malgré cette confirmation des données de Tappeiner, l'orateur ne croit pas qu'il faille chercher dans cette augmentation de la densité du sang, la cause de la mort, car cet état disparaît et les malades n'en meurent pas moins ; en second lieu, il a également vu une densité très considérable du sang persistant pendant plusieurs jours sous une influence médicamenteuse, sans aucun danger pour la vie du malade.

Excipient médicamenteux.

M. S. Kohn présente une série de préparations dermothérapeutiques. La base de ces préparations consiste en une masse fondamentale qu'il désigne sous le nom d'épidermine. Cette dernière est composée de cire vierge, d'eau, de glycérine et parfois additionnée de substances indifférentes. L'épidermine forme une masse uniforme, laiteuse ; étendue sur la peau, elle laisse une sensation de fraîcheur et se dessèche en une pellicule mince, molle et élastique. Additionnée de médicaments, cette pellicule consiste en cire vierge et un médicament, l'eau s'évapore et la glycérine entretient la souplesse de l'épidermine. Ce véhicule supprime, selon l'orateur, tous les inconvénients des autres méthodes d'application et a tous leurs avantages. Suivant la nature des cas, on l'étend 1 à 2 fois par jour.

L'épidermine avec addition de zinc (10 à 30 0/0) a sur la pâte de zinc l'avantage de pouvoir être appliquée sur la peau congestionnée et même enflammée (eczéma), elle laisse transsuder les liquides plasmatiques, de plus, elle a la propriété de pouvoir être étendue sur de larges surfaces de la peau sans être enlevée par le frottement ou sans nécessiter un pansement accessoire comme la pâte de zinc de Lassar.

Comparée à la traumaticine, l'épidermine peut être mélangée à tous les médicaments et en toutes proportions sans modifier sa composition, on l'applique même sur les parties dépouillées d'épiderme sans provoquer d'irritation.

Elle pourra aussi remplacer les emplâtres, les colles de glycérine (Unna), le liniment siccatif (Pick).

A. Doyon.

REVUE DES THÈSES DE VÉNÉRÉOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

PAUL MINGUET. — De la pluralité des uréthrites. Uréthrites non blennorrhagiques (26 juillet 1892).

La notion d'uréthrites se produisant en dehors de la contagion blennorrhagique a toujours été admise ; elle fut défendue par Ricord et si, après la découverte du gonocoque, la doctrine *viruliste* et *uniciste* sembla triompher seule, nombre de faits nouveaux et bien étudiés mettent hors de doute l'existence d'uréthrites sans gonocoques.

Ces uréthrites simples se divisent en trois catégories : 1° uréthrites traumatiques ; 2° uréthrites diathésiques ; 3° uréthrites médicamenteuses.

Ces uréthrites à streptocoques ou à staphylocoques ne diffèrent pas toutefois dans leur symptomatologie des uréthrites blennorrhagiques et peuvent être suivies comme celles-ci de complications ; toutefois on peut dire d'une façon générale qu'elles se caractérisent par une incubation plus courte, par une moins grande tendance à la chronicité, par des symptômes douloureux moindres, par une moins grande aptitude à passer dans l'urèthre postérieur et à se compliquer.

L'examen bactériologique seul permet de faire un diagnostic exact, qu'il peut être utile de faire dans certains cas médico-légaux.

E. BOYER. — Contribution à l'étude de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme (27 juillet 1892).

Travail très court dont le principal intérêt est la reproduction de quelques observations d'uréthrite blennorrhagique recueillies dans le service de M. Verchère, à l'infirmerie de Saint-Lazare, et qui montrent combien le plus souvent cette localisation de la blennorrhagie est rebelle chez la femme et nécessite dans certains cas une véritable petite intervention chirurgicale (excision de végétations, curettage de l'urèthre, cautérisations des folliculites au thermocautère, etc.).

P. R. CHARRIER. — De la péritonite blennorrhagique chez la femme (périmétrite, périsalpingite) (11 février 1892).

Par la disposition anatomique de ses organes génitaux la femme laisse en communication avec l'extérieur par l'intermédiaire des trompes et de l'utérus la cavité péritonéale et la séreuse qui tapisse les parois de cette cavité. Aussi les infections du péritoine sont-elles plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

Cette plus grande fréquence des péritonites septiques de la femme est tout entière le résultat de deux formes de péritonites septiques qui lui sont spéciales. La première de ces formes succède à l'infection de l'utérus ou des annexes par le streptocoque ou plus rarement par le staphylo-

coque. Le streptocoque est l'agent pathogène par excellence de l'infection puerpérale dont la péritonite est une des manifestations les plus ordinaires et les plus graves.

L'autre forme existe en dehors de tout état puerpéral ; elle occupe ordinairement le péritoine du petit bassin, donne naissance à des exsudats plastiques, adhésifs, reste sèche. Elle reconnaît pour cause l'infection blennorrhagique et se montre souvent par poussées aiguës coïncidant avec la menstruation ou certains excès sexuels. Les variétés de péritonite décrites autrefois sous les noms de pelvi-péritonite menstruelle, congressive, doivent lui être rapportées.

Cette péritonite blennorrhagique a été longtemps mise en doute parce que le gonocoque ne se retrouve pas dans les produits inflammatoires ; mais le gonocoque a été très long à démontrer aussi dans les salpingites suppurées, et tout le monde admet la salpingite blennorrhagique ; les faits cliniques permettent de même d'affirmer l'existence de la péritonite vénérienne.

Le propre de ces péritonites est d'amener la formation d'adhérences autour de l'utérus, adhérences qui gênent les fonctions de l'organe, peuvent entraîner la stérilité, sont en tout cas la cause de douleurs. Souvent se produisent de véritables poussées au moment des époques menstruelles ou à la suite d'excès sexuels.

Enfin on peut voir au moment d'un accouchement, si les femmes sont infectées par le streptocoque, se faire des infections mixtes et se produire une péritonite à streptocoques au milieu de lésions anciennes, dues à la périmétrosalpingite vénérienne.

En somme, la péritonite vénérienne succède toujours à une inflammation de la trompe qui s'est faite par propagation de l'infection blennorrhagique des voies génitales inférieures. Les causes occasionnelles peuvent être, nous l'avons dit, les époques menstruelles, les excès, fatigues, etc.

La conclusion à tirer de la connaissance de ces faits, est la poursuite acharnée de la blennorrhagie dans les voies génitales inférieures, puis dans le col de façon à prévenir ces propagations dangereuses. Si l'on arrive trop tard et que le péritoine péri-utérin ou péri-salpingien soit touché, repos au lit, injections très chaudes, révulsion sur le ventre, etc. ; enfin, dans les cas graves, traitement chirurgical, ablation des annexes.

Cet intéressant travail se termine par une série d'observations très complètes, recueillies par l'auteur dans le service de M. le Dr Pozzi, à l'hôpital de Lourcine.

Puyo Medina. — Contribution à l'étude du chancre syphilitique érosif phagédénique superficiel (25 juillet 1892).

Le phagédénisme n'est guère une complication du chancre syphilitique ; la forme *ulcéreuse* qui se rencontrerait de préférence chez l'homme serait déjà très rare, la forme *érosive* dont l'auteur a relevé 4 cas dans les observations du service de M. le professeur Fournier est une exception. Le phagédénisme du chancre se fait secondairement après l'apparition de celui-ci ; il résulte de l'infection de la plaie chancreuse par des microbes de la septicité.

Aussi son apparition sera-t-elle favorisée par un certain nombre de conditions, malpropreté, négligence, situation particulière (méat, vestibule de la vulve, prépuce, anus, périnée, sillons) qui expose les chancres à être souillés par l'urine, les matières fécales, la sueur, etc.

Le chancre érosif phagédénique superficiel se fait remarquer par son extraordinaire superficialité, par son contour sinueux géographique, par l'absence presque complète d'induration; l'adénopathie concomitante sera précieuse pour le diagnostic.

Le traitement est avant tout local et antiseptique; les grands bains sont indiqués comme dans les autres formes du phagédénisme.

Le Camus. — De la rigidité syphilitique du col de l'utérus comme cause de dystocie. Sclérose syphilitique du col (3 décembre 1891).

Cette thèse ajoute une observation nouvelle recueillie à la clinique d'accouchement de la Faculté et résume les travaux antérieurement publiés sur la question, de MM. Putégnat, Martinetti, Fasola, Madame Mesnard, MM. Doléris, Blain, etc.

La sclérose syphilitique du col est un accident parfois consécutif au chancre et aux syphilides du col, mais qui peut aussi se produire d'emblée sans qu'il y ait eu auparavant de lésions du col et qui se comporte à la façon des autres manifestations de même ordre (glossite scléreuse par exemple, ou mieux le syphilome ano-rectal avec lequel cette lésion a de grandes analogies.

De même que ce dernier accident, ce peut être un accident assez précoce ; la grossesse joue probablement un rôle étiologique important et les modifications qu'elle apporte dans la structure même du tissu utérin le rendent plus propice au développement du syphilome.

La gravité de cet accident réside dans la difficulté qu'il apporte à l'accouchement normal.

L'intervention est alors presque toujours nécessaire et si le plus souvent l'écarteur de Tarnier et les incisions du col permettent de terminer l'accouchement, dans quelques cas, heureusement rares, il pourra être indiqué d'avoir recours à l'opération de Porro.

J. Prost. — Contribution à l'étude des myopathies syphilitiques (contracture du biceps) (25 novembre 1891).

Parmi les manifestations d'ailleurs assez rares de la syphilis sur le système musculaire, la plus curieuse est assurément la contracture du muscle biceps à laquelle M. Prost a consacré une très intéressante monographie dont il a recueilli les éléments dans le service de M. le professeur Fournier à l'hôpital St-Louis. C'est un accident d'ordinaire peu grave, mais relativement précoce, qui se montre surtout dans le cours des deux premières années, affecte surtout les sujets jeunes, frappe aussi bien les muscles des deux côtés, tantôt isolément, tantôt l'un après l'autre, rarement ensemble, affectant de préférence le biceps droit, sans doute à cause de son activité fonctionnelle plus grande. La symptomatologie est bien connue : la contracture s'établit insensiblement et progressivement jusqu'au jour où la

rétraction plie l'avant-bras sur le bras, empêchant les mouvements et gênant le malade par une position ridicule et douloureuse. Si l'on palpe le muscle on le sent dur, rigide, tendu comme une corde entre son émergence musculaire et son insertion radiale; il est lisse, sans bosselure. Chose curieuse, le biceps seul est atteint, les muscles voisins conservant leur état normal ; mais on a pu constater sur le même sujet des contractures de muscles éloignés du masséter. Après être restée stationnaire un certain temps la lésion, si le traitement a été institué, diminue progressivement jusqu'à guérison complète; mais les récidives sont assez fréquentes et finalement la durée peut se prolonger des semaines, parfois des mois; elle pourrait même, en l'absence de traitement, produire une contracture permanente. La nature de ce bizarre accident a été et est encore discutée; il faut se rattacher à l'idée d'une inflammation spécifique de la fibre musculaire, d'une myosite véritable : au milieu du tissu interstitiel aux faisceaux musculaires se développe un tissu conjonctif qui se sclérose et détruit, après l'avoir atrophiée, la fibrille musculaire primitive. Le traitement efficace est avant tout le traitement général, le traitement local ne jouant qu'un rôle secondaire et étant en tout cas incapable d'amener à lui seul la guérison. L'association de l'iodure est indispensable.

J. M. V. Prendergast. — Étude clinique sur la syphilis brightique précoce (25 février 1892).

De connaissance relativement récente, les néphropathies syphilitiques précoces sont d'ailleurs assez rares ; leur symptomatologie n'a rien de spécial et elles peuvent très bien se compliquer d'accidents urémiques ; elles sont curables, parfois même complètement, mais souvent l'albumine persiste alors même que les accidents proprement brightiques ont disparu. Malgré les craintes de quelques auteurs et l'opinion qui voulut même attribuer au traitement mercuriel la production de ces néphrites, il ne faut pas hésiter à administrer le traitement spécifique, à tous les syphilitiques qui deviennent albuminuriques : le traitement par les frictions sera préféré. L'examen régulier de l'urine chez les malades syphilitiques doit être fait de temps à autre, afin de pouvoir prévenir en cas d'albuminurie, par une médication appropriée, les accidents graves de l'urémie.

J. Godinho. — Syphilis conceptionnelle. Syphilis précoce. Syphilis tardive (2 décembre 1891).

On connaît bien maintenant, surtout depuis les beaux livres du professeur Fournier (*Hérédité syphilitique*, *Syphilis conceptionnelle*), ce mode d'infection de la mère par son fœtus procréé par un père syphilitique. Le travail de M. Godinho est un résumé très bien présenté de la question, en même temps qu'un chapitre est consacré à l'étude du placenta syphilitique et de la façon dont la syphilis peut se transmettre de la mère au fœtus ou du fœtus à la mère. La syphilis conceptionnelle tantôt se traduit par des phénomèues précoces, c'est-à-dire que dans le cours de la grossesse apparaissent d'emblée des accidents de la période secondaire, et dans la plupart des cas la grossesse se termine par un avortement ou un accou-

chement prématuré ; tantôt elle est comme on dit *latente*, c'est-à-dire qu'elle ne se traduit par aucun signe, mais se caractérise par ce fait que la mère peut donner sans danger le sein à son enfant, tandis que celui-ci contagionnerait une nourrice étrangère, et reste latente toute la vie ; tantôt enfin elle est latente pendant un certain nombre d'années et se traduit à un moment donné par des accidents généralement d'ordre tertiaire qui risquent à bon droit de surprendre un médecin non prévenu.

D. Anglade. — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale progressive (26 novembre 1891).

Élève de M. Régis dont on connaît l'opinion, l'auteur a essayé d'apporter sa contribution à la solution de cette question qui divise encore les médecins, plus encore les aliénistes que les syphiligraphes. Sur 37 malades qu'il a observées pendant son internat à l'asile d'aliénées de Bordeaux, il trouve 30 syphilis certaines, et 5 probables ; la proportion serait donc de 81,8 0/0 ; elle est considérable et très importante puisqu'elle porte seulement sur une population féminine.

Ce fait a d'autant plus de valeur qu'il s'agit de cas dans lesquels les renseignements sur la santé antérieure des malades ont pu être recueillis avec beaucoup de soin et une quasi-certitude. Toutefois les conclusions de l'auteur ne sont pas absolument affirmatives et tout en indiquant que la syphilis joue un rôle important, le plus important peut-être, dans l'étiologie de la paralysie générale, il ne va pas jusqu'à en faire un accident relevant directement de la syphilis.

A. T. Plichon. — Le tabes dorsal est-il d'origine syphilitique? (29 juillet 1892).

C'est la même et éternelle question que celle qui est traitée à propos de la paralysie générale dans la thèse de M. Anglade ; et l'on peut dire que la conclusion diffère suivant l'école à laquelle appartient celui qui l'étudie. M. Plichon est un élève de M. Lancereaux ; c'est dire que son travail se conclut par l'affirmation que « la syphilis n'engendre pas par elle-même les désordres anatomiques caractéristiques du tabes ; elle ne peut avoir qu'une influence prédisposante sur un système nerveux modifié (hérédité, congénitalité, abus fonctionnels), puisque le tabes s'observe chez des syphilitiques, chez des non syphilitiques et chez des tabétiques qui deviennent syphilitiques ».

La thèse de M. Plichon renferme un historique très bien fait et un index bibliographique qui, si les indications ont été relevées bien exactement, serviront utilement à ceux qui voudront encore reprendre l'étude de la question, ce qui ne manquera sans doute pas.

Brandès. — Contribution à l'étude de l'excision du chancre induré (11 novembre 1891).

Travail très superficiellement fait où les importants mémoires récents, ceux de Hudelo et de Ehlers par exemple, ne sont même pas cités et qui n'apporte aucun élément nouveau à la question ; les observations sont la

reproduction d'observations déjà connues et presque toutes publiées ici même dans les Bulletins de la Société de dermatologie ; la plus intéressante est due à M. le Dr Du Castel : c'est une excision faite dix heures après l'apparition du chancre et suivie d'insuccès. L'excision constituerait tout au moins un bon traitement local du chancre en transformant en plaie simple une plaie contagieuse et en faisant disparaître une source d'infection ; encore faut-il que la lésion soit facilement excisable.

FRÉMICOURT. — Considérations sur le traitement constitutionnel de la syphilis (26 juillet 1892).

Dissertation d'un tour assez agréable mais qui n'a d'une thèse que le titre : pas une observation, pas une référence bibliographique ; d'agréables citations empruntées à Ricord, à Diday, voilà un travail qui n'a pas dû coûter trop de peine à son auteur et qui semble plutôt quelque chapitre détaché d'un traité de la syphilis à l'usage des gens du monde qu'un « monument » de fin d'études.

L. ARNAUD. — Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique (21 juillet 1892).

Chaque année voit prôner l'emploi d'une ou plusieurs nouvelles préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis. La succinimide mercurique dont la découverte chimique remonte à 1852 et qui a été déjà expérimentée en Allemagne, notamment par Vollert à la clinique du professeur Wolff de Strasbourg, a été essayée en France par M. Jullien, et M. Arnaud qui a été l'interne de M. Jullien dans son service de l'infirmerie Saint-Lazare, a jugé intéressant de compléter dans sa thèse les renseignements que M. Jullien a déjà donnés sur la succinimide mercurique. Cette substance peut facilement s'employer en solution pour injections sous-cutanées, et au dire des expérimentateurs elle constitue une excellente préparation d'injection mercurielle soluble. La solution à employer doit contenir 20 centigr. de succinimide, pour 100 gr. d'eau distillée : on injecte 1 gr. par jour de la solution. Ces injections se font sans douleur et n'entraînent ni inflammation, ni abcès ; elles n'amèneraient non plus jamais la stomatite ; enfin une solution bien préparée peut se conserver trois mois sans s'altérer : voilà donc un certain nombre d'avantages qui doivent faire mettre au premier rang les injections sous-cutanées de succinimide mercurique chaque fois qu'on voudra avoir recours aux préparations solubles, redoutant les dangers souvent très grands des injections de sels insolubles.

Un autre avantage encore est qu'on peut ajouter une certaine quantité de cocaïne dans la solution sans l'altérer.

Enfin la succinimide peut aussi être administrée par la voie interne en pilules contenant de 2 à 3 centigr. ; mais la méthode de choix est la voie sous-cutanée et l'on trouvera dans le travail consciencieux de M. Arnaud tous les renseignements désirables sur le sujet.

HENRI FEULARD.

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE

SOUTENUES DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PROVINCE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

Lyon.

Fleury (Eugène). — Du traitement de l'épididymite blennorrhagique par le stypage (27 novembre 1891).

C'est un travail qui fait en quelque sorte suite aux thèses inaugurales soutenues à Paris par M. Duchaussoy en 1888 et par M. G. de Le Vallé en 1890. D'après ces derniers auteurs, le stypage serait bien supérieur à la compression ouatée dans le traitement de l'épididymite blennorrhagique, eu égard à la résolution de l'organe enflammé et, par suite, à la durée de la maladie. Il n'y aurait même, selon eux, aucune médication qui abolisse aussi rapidement ni aussi complètement la douleur de l'épididymite. Mais M. Fleury ne paraît pas être aussi affirmatif. Il lui semble que la compression ouatée et le stypage ont l'un et l'autre leurs indications, et que là où la compression n'agit pas bien, le stypage peut donner de bons effets.

Si l'on en juge par les observations rapportées par l'auteur, on voit que le stypage réussit d'une façon générale dans les cas d'épididymite aigus très douloureux et avec hydrocèle abondante; mais que si l'épididymite est déjà ancienne, si elle est compliquée de funiculite, si elle est double, le stypage ne présente plus une action aussi efficace et surtout aussi prompte. C'est dans ces derniers cas probablement que la compression serait plus avantageuse que le stypage. Peut-être serait-il préférable encore de combiner les deux méthodes : ce qui d'ailleurs a été fait pour les 13 malades dont l'auteur relate les observations.

Quant à la façon d'opérer, l'auteur se sert de l'appareil de Bally, de préférence à celui de Debove, suivant la méthode qu'emploie, je crois, ou qu'employait à l'hôpital du Midi M. Du Castel. C'est-à-dire qu'il se sert du tampon ovoïde simple fixé au petit stype, et ce tampon étant plongé dans le chlorure de méthyle resté liquide dans le thermo-isolateur de l'appareil, il le porte ensuite sur la région à refroidir. On applique le tampon sur plusieurs points, partout où la palpation paraîtra plus douloureuse, et s'il est nécessaire, le stypage sera répété plusieurs fois. Somme toute, la durée totale moyenne de la maladie paraît abrégée.

Mac-Auliffe. — Étude sur la contagiosité, la prophylaxie et le traitement de la lèpre (23 décembre 1891).

Ainsi que l'indique le titre de sa thèse, l'auteur laissant de côté les points de vue symptomatologique et anatomo-pathologique de la question, s'occupe principalement de la contagiosité et du traitement de la lèpre. Fils de médecin de marine, M. Mac-Auliffe puise surtout dans les notes communiquées par son père.

Si dans l'antiquité et pendant tout le moyen âge, la croyance à la conta-

gion de la lèpre a été presqu'universelle, il faut reconnaître que dans la suite, cette opinion a perdu peu à peu du terrain, si bien que dans la première moitié du siècle, la théorie de la contagion était à peu près abandonnée. Mais de nouvelles épidémies dans des pays déclarés jusque-là indemnes, la découverte du bacille lépreux ont donné un regain d'actualité à la théorie de la transmissibilité, théorie qui semble chaque jour gagner de nouveaux adhérents. Les preuves cliniques de cette transmissibilité, rapportées par l'auteur, sont celles déjà indiquées par Brocq en 1888, dans la *Gazette hebdomadaire* et sont rangées en 4 groupes principaux : a) *Faits isolés de contagion.* Tel est le cas cité par Hawtrey Benson, d'un Irlandais né de parents sains, ayant habité les Indes pendant 22 ans. Il y avait pris la lèpre et était revenu en Irlande. Soigné d'abord à l'hôpital de Dublin, puis chez son frère, il communique la maladie à celui-ci qui couchait avec lui et portait ses vêtements. Hawtrey Benson a établi que cet Irlandais était issu d'une famille saine, habitant une localité dans laquelle la lèpre était absolument inconnue. Tel est aussi le cas du père Damien, qui depuis 1873 vivait à Kilowea Molokaï (îles Sandwich), entouré constamment de lépreux auxquels il donnait ses soins. Pendant longtemps il jouit d'une immunité complète, mais enfin les symptômes de la lèpre se manifestèrent chez lui et il succomba à cette affection en 1889. b) *Petites épidémies isolées.* Telles sont celles du Cap Breton, de la province d'Alicante, etc., où le lépreux a fait le pays lépreux suivant l'expression de M. Besnier. c) *Grandes épidémies récentes.* A noter l'épidémie de l'île des Pins, des îles Sandwich, de la Nouvelle-Calédonie où la lèpre, au dire des missionnaires, n'existerait que depuis quelques années. d) *Évolution des grandes épidémies de lèpre,* car cette affection ne reste pas attachée à la localité, au sol, mais se déplace suivant les grands courants humains. Tels sont les arguments que font valoir les contagionnistes, parmi lesquels, on le sait, sont venus se ranger ces dernières années, MM. Besnier, Vidal, Brocq, Leloir, etc.

Par contre, les adversaires de la contagiosité formulent les objections ci après : 1° la lèpre doit reconnaître d'autres causes que la contagion ; elle peut se développer sporadiquement ; 2° la lèpre n'a jamais pu être transmise aux animaux. Le bacille de la lèpre est un parasite appartenant exclusivement à l'homme ; 3° les inoculations pratiquées sur l'homme n'ont pas abouti ; 4° les conjoints restent souvent sains pendant de longues années et ont souvent des enfants sains, sans que l'époux lépreux infecte l'autre ; 5° les médecins, les garde-malades, les infirmiers, etc., ne prennent pas la lèpre des personnes qu'ils soignent.

Mac-Auliffe qui se range au nombre des contagionnistes, discute ensuite le mode de pénétration de l'agent pathogène dans l'organisme sain. Trois voies de pénétration lui sont ouvertes : les voies aériennes, les voies digestives, le tissu cellulaire. Rejetant l'introduction par les voies digestives comme peu probable, il admet que du côté des voies aériennes, le péril est peut-être plus fondé. Toutefois la cause de la contagion la plus fréquente lui paraît être l'inoculation directe. Mais cette question, il faut bien l'avouer, ne nous semble pas encore bien connue, car nous ne savons pas d'une manière certaine la voie la plus fréquemment suivie par le contage lépreux dans sa transmission de l'homme malade à l'homme sain.

En tant que traitement, l'auteur pense que la lèpre ne doit plus être considérée comme une affection contre laquelle la thérapeutique est impuissante. Parmi les divers agents médicamenteux, il préconise l'huile de chaulmoogra, employée à l'intérieur par voie buccale ou hypodermique, et à l'extérieur sous forme de savon ou de liniment oléo-calcaire. Et si l'estomac devient intolérant pour cette médication, il faut alors le remplacer soit par l'huile de gurjun, soit par l'ichtyol, soit enfin par l'ichtyol associé à l'huile de chaulmoogra.

Paul Raynaud. — Des érythèmes produits par la lumière naturelle et artificielle (12 janvier 1892).

Dans ce travail inspiré par M. Rollet, l'auteur divise les érythèmes produits par la lumière naturelle en érythème solaire, et en érythème pellagreux. Pour expliquer l'érythème solaire, M. Raynaud s'appuie sur des expériences de M. le professeur Bouchard ayant trait à l'étude de la lumière solaire et en particulier de ses différents rayons colorés. On sait en effet, que parmi les rayons du spectre, les uns produisent les sensations de couleur, ce sont les rayons lumineux ; d'autres se manifestent par un pouvoir exclusivement calorifique ; un 3e faisceau enfin est composé de rayons dits actiniques, en raison de la propriété spéciale qu'ils ont de déterminer des réactions chimiques. Or, d'après les recherches de Bouchard, de Perroud, les rayons caloriques ne sont pour rien dans la production de l'érythème solaire : cet accident est dû à la seule influence des rayons chimiques. Quant à l'érythème pellagreux, ce n'est qu'un érythème solaire survenant chez un pellagreux ; et de ce que le soleil printanier est plus riche en rayons chimiques que le soleil d'été, on a ainsi l'explication de l'érythème vernal de la pellagre.

D'autre part, les érythèmes produits par la lumière artificielle comprennent l'érythème des verriers et l'érythème électrique. Ces deux variétés d'érythème ont une genèse identique, car c'est aux rayons chimiques qu'il faut attribuer le rôle principal. Or, on sait que les érythèmes électriques s'observent principalement dans les usines, là où l'arc voltaïque est employé pour souder les métaux ; et ce dernier est extrêmement riche en rayons chimiques, violets et extra-violets. Chez les verriers, l'érythème a pour cause productrice la combustion de l'oxyde de carbone qui est également très riche en rayons violets, partant chimiques. Mais depuis l'application et la généralisation des fours Siemens, ajoute l'auteur, ces érythèmes des verriers se font de plus en plus rares.

Odilon-Augustin Malaval. — Contribution à l'étude de la dermite chronique humide du cuir chevelu chez les enfants (20 janvier 1892).

Parmi les variétés de dermatoses englobées sous la dénomination d'eczéma, la dermite chronique humide du cuir chevelu chez les enfants, mériterait, d'après l'auteur, d'être envisagée comme type clinique spécial. Or, on sait qu'en 1887, Unna a décrit l'eczéma séborrhéique dont il recon-

naît 3 formes. La troisième de ces formes ne semble être autre chose que l'eczéma humide du cuir chevelu.

Où sont donc les différences qui séparent l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu de Unna de la dermite chronique humide du cuir chevelu? A cet effet, l'auteur a cherché à établir entre ces deux affections des signes différentiels, tirés soit de l'anatomie pathologique, soit de la symptomatologie. Histologiquement parlant, la dermite chronique humide est une inflammation du cuir chevelu caractérisée par une altération protoplasmique, par la distension des cellules atteintes, par la formation de vésicules dans lesquelles s'épandent des liquides et des cellules exsudées des vaisseaux. Mais il est à regretter que l'auteur ne nous donne aucun renseignement sur l'état des glandes sébacées ou sudoripares. Quant à la symptomatologie, ou mieux quant au diagnostic différentiel, il est fait dans les lignes suivantes : « Comme la dermite chronique, l'eczéma séborrhéique se présente sous la forme sèche et sous la forme humide; comme elle, il se développe chez les enfants; comme elle, il a une très longue durée, et assez souvent, ces deux affections existent en même temps chez le même individu, la séborrhée étant le plus souvent première en date. Cependant les squames de la dermite chronique sont plus grossières, plus larges, moins abondantes, plus sèches et surtout moins graisseuses que celles de la séborrhée. Elles se détachent beaucoup plus facilement. De plus, dans la séborrhée, le cuir chevelu tout entier est envahi d'emblée et toutes les parties sont à la même phase, tandis que l'eczéma débute toujours par une petite plaque rouge qui se développe peu à peu, et ici, nous trouvons des lésions à divers degrés. Dans la séborrhée, le derme qui supporte les croûtes est plus poli et plus pâle qu'à l'état normal, tandis que dans la dermite chronique, les croûtes reposent sur une surface rouge, ulcérée et chagrinée. Ici les démangeaisons sont très fortes d'habitude, tandis que quelquefois on n'observe pas de prurit dans la séborrhée, et dans tous les cas, la démangeaison est moins intense ».

Somme toute, la différenciation entre ces deux affections est bien difficile, si même elle est possible, à en juger par la propre description de l'auteur. Il faudrait avoir, pour ce, des notions plus précises de pathogénie, qui malheureusement, à l'heure actuelle, sont encore trop incertaines. Aussi, jusqu'à plus ample informé, est-il permis de conclure que c'est là une appellation nouvelle, donnée à une maladie déjà décrite, comme nous en voyons déjà de nombreux exemples en dermatologie, et comme nous en verrons d'autres encore, tant que nous ne serons pas en possession d'une classification pathogénique définie.

Félix Lhomer. — Recherches statistiques sur les conditions de transmission de la syphilis de la mère au fœtus (20 janvier 1892).

Après un historique ayant trait aux opinions des auteurs qui ont successivement soulevé la question de la transmission héréditaire de la syphilis, Lhomer étudie à son tour l'influence des deux générateurs. L'hérédité paternelle est admise par Cazenave, Trousseau, Depaul, Hutchinson,

Neumann, Fournier, Diday, Scarenzio, etc. Mais reste toujours la difficulté de la constatation de cette étiologie, les cas étant fort rares, somme toute où la mère n'a pas été infectée préalablement. Quant à l'influence de la mère, elle est à peu près universellement acceptée.

Comment agit la syphilis de la mère sur le fœtus? Deux cas sont à envisager : la mère est infectée au moment de la fécondation. Dans ce cas, il est généralement admis, et cela sans preuves, que c'est l'ovule qui est contaminé. Mais le plus souvent, la mère n'est infectée que pendant la grossesse. L'infection du fœtus se fait alors par l'apport de produits impurs, virulents dans l'utérus maternel, au niveau du placenta. Deux questions à résoudre : a) la transmission par le placenta est-elle possible? b) la syphilis acquise pendant la grossesse se transmet-elle pendant toute le durée de celle-ci? A la première interrogation, l'auteur répond que la transmission de la syphilis par le placenta est probable. Quant à la question de savoir si la syphilis se transmet à toutes les époques de la grossesse, certains auteurs prétendent que cette transmission peut se faire à toutes les périodes, alors que la plupart des syphiligraphes pensent que, plus la syphilis se contracte près du terme de la grossesse, plus l'enfant a de chance d'échapper à l'infection.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Lhomer a réuni un certain nombre d'observations empruntées à la clinique de l'Antiquaille et aux divers auteurs qui se sont occupés de la syphilis héréditaire, observations qui sont rangées en trois tableaux :

A. *Cas où la syphilis maternelle précède la conception.* — Dans ces cas, l'auteur a remarqué que plus la syphilis est rapprochée du moment de la conception, plus la proportion des enfants atteints est grande, plus la syphilis de l'enfant est grave au point de vue de sa vitalité. Le résultat de l'infection du fœtus est l'accouchement à terme ou prématuré avec mort du fœtus. L'avortement dans les premiers mois est assez rare. La syphilis anté-conceptionnelle sans traitement lui paraît plus grave que celle qui est traitée.

B. *Syphilis contemporaine de la conception ou ayant débuté dans les cinq premiers mois.* — D'après ses statistiques, l'auteur conclut que cette syphilis est plus grave que celle acquise avant la conception. Les avortements sont fréquents à cette période. C'est par le placenta que le virus syphilitique circulant dans le sang maternel va passer au fœtus. Aussi trouve-t-on dans un grand nombre d'observations des altérations du placenta : il est pâle, exsangue, ses villosités subissent une transformation fibreuse. Et chose singulière, si tant est qu'elle soit bien démontrée, la syphilis se manifeste d'une façon identique, qu'il y ait eu ou non traitement.

C. *Syphilis contractée dans les quatre derniers mois.* — Des 40 observations réunies dans ce tableau, Lhomer établit que la syphilis se transmet fréquemment pendant les 4 derniers mois de la gestation. On trouve autant de cas de contagion dans les 6e, 7e et 8e mois. Il n'y a guère que le 9e où elle soit rare. Les produits de la conception sont en général à terme ou à 8 mois et demi. Ils sont en général sains à la naissance, et les symptômes n'apparaissent que dans les premiers mois qui suivent ; ce sont ordinaire-

ment des éruptions papuleuses, mais le point vraiment important, c'est la faible proportion de la mortalité. Beaucoup sont atteints, il y en a peu qui meurent. Il est certain que l'infection se fait par le placenta, mais probablement que cet organe ne laisse passer qu'une très faible quantité de virus, ou le fœtus déjà âgé a acquis assez de force pour mieux résister à l'infection que sa mère lui transmet. Quant à l'efficacité du traitement, on n'en sait pas grand'chose.

Bertrand Lucien. — Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec la syphilis secondaire (9 avril 1892).

L'auteur s'est proposé de démontrer, ou mieux de confirmer l'existence d'une hystérie syphilitique, c'est-à-dire développée sous l'action directe du virus syphilitique sur les centres nerveux dans la période secondaire de la maladie. Dans un historique détaillé, il passe en revue les divers auteurs qui ont vu et mentionné des faits de syphilis hystérique. Zambaco, dans son remarquable mémoire « Des affections nerveuses syphilitiques », paru à Paris en 1862, est le premier qui ait mis la question à l'ordre du jour. Il admet une hystérie causée directement par l'infection syphilitique et comme telle, uniquement justiciable du traitement spécifique. M. Fournier qui, dans son premier travail « De l'analgésie syphilitique secondaire », avait pensé que les troubles nerveux divers, observés chez la femme syphilitique, n'étaient pas d'ordre spécifique, déclare, quelques années plus tard, que la syphilis peut développer et créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle, et qui n'existaient pas même à l'état de prédisposition, contrairement à MM. Potain, Lancereaux, etc., qui admettent la prédisposition, sinon l'hystérie même avant l'infection. Bien plus, le maître de St-Louis a sanctionné, dans ses études ultérieures, l'hystérie d'origine syphilitique.

M. Bertrand nous donne la relation de 49 observations d'hystérie syphilitique, tirées de la littérature médicale ou de divers services de l'Antiquaille : chiffre un peu faible, mais qui tient peut-être à la rareté de l'affection ou peut-être aussi au peu d'attention que l'on apporte à étudier le nervosisme des malades de cette catégorie. A vrai dire, peu d'observations représentent le tableau complet de la maladie.

Faut-il en accuser, comme le veulent Charcot, Guinon, la cause provocatrice qui imprime aux accidents hystériques un cachet un peu spécial tenant à la cause elle-même, ou bien faut-il en accuser les conditions individuelles, particulières qui font que « chacun fait sa syphilis à son image », suivant l'heureuse expression de M. Fournier ?

Quoi qu'il en soit, l'auteur étudie les altérations, les désordres que l'hystérie syphilitique peut produire sur l'état mental, les divers modes de la sensibilité, la motilité. *a*) Les modifications de l'état mental consistent en dépression cérébrale, crises de larmes, accès de rire, en accidents psychiques variés qui peuvent être suivis dans certains cas d'attaques avec perte de connaissance. *b*) A noter en deuxième lieu les troubles de la sensibilité qui peuvent affecter une série de formes compliquées. Ainsi l'hyperesthésie, quoique plus rare que l'anesthésie, a, outre sa

mobilité, pour propriété la même facilité que l'hyperesthésie hystérique de présenter le phénomène du transfert sous l'influence des métaux. Mais l'anesthésie est le phénomène le plus fréquent de tous les accidents nerveux de la syphilis. Même distribution capricieuse, même mobilité, mêmes réactions vis-à-vis des œsthésiogènes. Que l'anesthésie syphilitique s'accompagne ou non d'autres accidents hystériques manifestes, elle présente un caractère constant, celui de céder au traitement spécifique en dehors de toute médication antihystérique. Mais en quoi la syphilis modifie-t-elle l'anesthésie hystérique ? Tout d'abord, il est à remarquer que l'anesthésie syphilitique revêt assez rarement la forme d'hémianesthésie, comme dans l'anesthésie hystérique vulgaire. Plus rarement encore, on la voit s'installer dans deux points symétriques du corps. Son siège de prédilection presque constant est d'abord la région dorso-carpienne (Fournier, Faïd). De plus, elle n'affecte pas pour le côté gauche du corps, cette prédilection qui se manifeste dans l'hystérie ordinaire. Enfin un phénomène fréquent qui ne se rencontre presque jamais sans être accompagné d'anesthésie est la sensation de refroidissement des extrémités. *c*) Quant aux troubles de la motilité, ils n'existent jamais à cette période de la syphilis, dit M. Bertrand, d'après toutes les observations connues dans la littérature médicale.

Par quel mécanisme enfin, la syphilis peut-elle arriver à produire l'hystérie ? A cela, l'auteur répond que les notions que nous possédons sur la nature intime de l'hystérie, et sur le mode d'action du virus syphilitique, sont encore trop obscures pour qu'il soit permis d'émettre la moindre hypothèse.

LOUIS LYONNET. — Contribution à l'étude de la céphalée et de son traitement dans le cours de la période secondaire de la syphilis (29 juillet 1892).

Travail hâtif et sans recherches bien originales, dont voici les conclusions : 1° Dans le cours de la période secondaire de la syphilis, il existe, outre les céphalées produites par des lésions des os et des méninges, une céphalée dite nerveuse, occasionnée par une excitabilité spéciale de la cellule cérébrale ; 2° que cette céphalée, dite nerveuse, résiste le plus souvent au traitement spécifique, et même quelquefois à l'iodure ; 3° qu'elle est amendée par les médicaments nervins, que l'antipyrine surtout paraît agir sur elle d'une façon toute spéciale. JULES ERAUD.

Montpellier.

E. MOURRON. — Contribution à l'étude de l'ichtyol et de son emploi en dermatologie (Montpellier, 1891-1892, n° 7).

L'auteur de ce travail résume d'une façon assez complète l'histoire pharmacologique, physiologique et thérapeutique de l'*ichtyol* d'après les travaux les plus récents, auxquels il ajoute un certain nombre de documents personnels, recueillis pour la plupart à la clinique dermatologique de Montpellier.

Parmi les faits qu'il met particulièrement en lumière, il faut signaler : d'abord la grande solubilité dans l'eau de l'ichtyol, qui se dissout dans cinq parties d'eau à la température de 15° et dans moins d'un tiers de son poids d'eau à 100° ; ensuite la toxicité réelle de cet agent, contrairement aux assertions de Baumann et Schotten : en effet, l'ichtyol administré à des lapins, soit par ingestion, soit par injection sous-cutanée ou intra-veineuse, s'est toujours montré toxique, il est vrai à doses assez élevées, mais toujours inférieures à 3 grammes par kilogr. d'animal.

L'auteur considère, avec Unna, l'ichtyol comme un agent résolutif et antiphlogistique puissant, qui agirait contre les dermatoses de trois façons différentes : 1° comme agent protecteur ; 2° comme favorisant la contraction des artérioles et calmant ainsi la congestion de la peau ; 3° comme siccatif.

Des travaux antérieurs et de ses propres observations, Mourron conclut que les indications de l'ichtyol se rencontrent dans toutes les maladies de la peau s'accompagnant d'hyperhémie, de dilatation des capillaires, à la condition que l'épiderme ait conservé son intégrité (acné, psoriasis, herpès, érysipèle, lèpre, etc.), mais tout particulièrement dans l'eczéma, dont cet agent constituerait un remède véritablement héroïque.

A. Borrel. — Évolution cellulaire et parasitisme dans l'épithélioma (Montpellier, 1891-1892, n° 38).

La question des coccidies parasites du cancer, soulevée par Malassez, développée ensuite par Darier et Wickham, a provoqué de tous côtés de nombreuses polémiques. L'auteur, après avoir passé en revue les différentes opinions émises par les auteurs qui ont traité de la question, rappelle à ce sujet un mémoire publié par lui en novembre 1890, où il montrait que dans la plupart des cas il s'agissait de formations cellulaires endogènes et de dégénérations hyalines prises à tort pour des parasites, et il concluait : « Dans l'état de la question, je crois que la plus grande prudence s'impose avant de parler de parasitisme et de coccidies dans le cancer ». Cette opinion fut alors confirmée par un grand nombre d'auteurs en France et à l'étranger.

Mais l'examen de nouvelles tumeurs a montré à M. Borrel qu'à côté de ces formations d'origine manifestement cellulaire, il pouvait exister d'autres formations dont la signification reste à élucider et qui pourraient bien être des parasites : ces formations répondent aux figures tout d'abord décrites par M. Sodakewitch. L'auteur s'attache à bien préciser quelles sont ces formations, quelle est la technique suivie ; il les décrit et les dessine avec beaucoup de soin, et c'est là la partie vraiment intéressante de son travail. Il se garde bien toutefois d'en affirmer la nature parasitaire : « Le but de mon travail, dit-il comme conclusion, a été surtout de bien préciser quelles sont les figures en litige ; je ne considère pas du tout la question comme tranchée et malgré la ressemblance des figures d'inclusions multiples avec des parasites, je crois qu'il faut attendre de nouvelles preuves ».

A. Brousse.

Nancy.

E. Chambelland. — De la métrite blennorrhagique et des métrorrhagies consécutives (29 juillet 1892).

L'auteur rapporte quelques observations de métrite blennorrhagique et conclut que la métrite blennorrhagique affecte le plus souvent une marche subaiguë, latente, rarement une marche aiguë avec grande intensité des symptômes ; elle passe presque toujours à l'état chronique d'une façon insensible et cette période est fort longue ; elle occupe toujours le col et quelquefois s'y limite ; la vaginite est toujours la conséquence de la métrite qui peut exister sans elle. La métrite blennorrhagique donne lieu à deux ordres de métrorrhagies qui reconnaissent comme traitement, d'une façon générale : pour l'hémorrhagie symptôme, la galvano-caustique chimique intra-utérine ; dans la métrite hémorrhagique d'origine blennorrhagique la galvano-caustique intra-utérine peut encore rendre des services, mais si la muqueuse est fongueuse, si la métrite est parenchymateuse, le curettage est préférable.

A. Chant. — Du lupus tuberculeux, nouveau mode de traitement (24 juin 1892).

L'auteur vante les résultats du traitement du lupus par les applications locales d'huile de foie de morue iodoformée, suivant la méthode préconisée par M. Zilgien. Les trois observations qu'il rapporte signalent des améliorations consistant principalement en cicatrisation des ulcérations, mais aucune d'elles ne peut prétendre à être même un fait de guérison apparente.

G. Thibierge. *(A suivre.)*

NOTES DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE PHARMACOLOGIE DERMATO-SYPHILIGRAPHIQUES

Par F. VIGIER.

Sur les flanelles mercurielles.

Dans le courant de l'année dernière, M. le professeur Fournier, désireux de faire connaître à ses élèves, dans une de ses brillantes leçons sur les différents modes d'administration du mercure, les remarquables travaux de M. le professeur Merget, de Bordeaux, me demanda de lui fournir quelques indications, et plus particulièrement sur la préparation et l'emploi des flanelles mercurielles.

C'est ainsi que j'ai été amené à m'adresser à mon ami, M. Carles, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, qui, sous la direction de M. Merget, a préparé et étudié avec soin cette question. Avant de présenter ces flanelles mercurielles, j'ai tenu à expérimenter ainsi que M. Carles et à vérifier sur moi-même l'absorption du mercure par ce genre de médication.

M. Merget est le premier qui ait imaginé de donner au mercure cette forme médicamenteuse et qui ait indiqué les moyens d'en user en clinique. Si on laisse à dessein de côté les divers sels de mercure, assez mal tolérés par une foule de malades, pour ne s'occuper que des frictions mercurielles dont l'effet est généralement bien supporté et, dit-on, efficace, on trouve, assure M. Merget, que leur action thérapeutique doit être uniquement rapportée aux vapeurs qu'elles répandent et qui pénètrent par la seule voie pulmonaire, car leur absorption par la peau est absolument nulle.

Comme conséquence de cette théorie, dûment appuyée par l'expérience, M. Merget a proposé de faire respirer aux malades, justiciables de la médication par les seules frictions hydrargyriques, les vapeurs mercurielles que dégage ce métal lorsqu'il est réduit sur un tissu spongieux.

Pour préparer la flanelle mercurielle, on plonge une laine épaisse dans une solution d'azotate de protoxyde de mercure que l'on passe, après essorage, dans une solution ammoniacale. Il se produit du mercure soluble d'Hanneman, mélange où domine surabondamment le mercure métallique extrêmement divisé; après dessiccation, le métal réduit fait intimement corps avec le tissu, on bat légèrement la laine pour rejeter les poussières qui sont libres et on l'enferme dans une toile serrée, car selon M. Merget, si les poussières mercurielles peuvent donner facilement la stomatite, on n'a pas à redouter cet effet de sursaturation de l'organisme avec les seules vapeurs que laisse passer le coutil, pourvu que l'émission de ces vapeurs ait lieu à une température inférieure à celle du corps humain.

Pour en faire usage, M. Merget conseille de placer ces sacs sur le traversin et d'y appliquer la joue en dormant, si l'on se tient la nuit sur le côté, ou de les suspendre au cou et de les tenir extérieurement sous le menton et le plus près possible des narines, si l'on dort sur le dos. Pendant ce temps l'économie se sature de vapeurs. Si l'on suspend la médication dans la journée, le métal s'élimine au contraire et l'expérimentation démon-

tre que l'on peut continuer ainsi sans interruption, pendant de longs mois, sans éprouver aucun effet fâcheux du mercure.

Malgré les nombreuses expérimentations faites par M. Merget, le doute existe encore dans l'esprit d'un grand nombre de médecins sur l'effet de cette médication. Aussi, avec l'espoir de convaincre, venons-nous, M. Carles et moi, apporter les résultats de nos propres essais.

1° *Les flanelles mercurielles entourées de coutil répandent-elles réellement des vapeurs?* Pour en être convaincu, il n'y a qu'à appliquer sur le tissu pendant quelques secondes, une minute au plus, selon les proportions de mercure agissantes, un papier réactif. Ce dernier est préparé extemporanément en trempant une plume d'oie, un bout de bois, dans une solution concentrée de nitrate d'argent ammoniacal et en zébrant la surface; l'excès du liquide est absorbé à l'aide d'un buvard. La feuille de papier est alors déchirée en deux. Un morceau est mis à l'abri de la lumière pour servir de témoin, il ne change pas; l'autre est placé sur le coutil, ou à une petite distance, également à l'abri des rayons solaires, il noircit aussitôt comme un cliché photographique, l'oxyde d'argent étant réduit. Donc les flanelles répandent des vapeurs mercurielles.

2° *En procédant selon les instructions précédentes, est-il vrai que les malades absorbent les vapeurs mercurielles?*

3° *Retrouve-t-on du mercure dans les sécrétions des malades qui ont été soumis à l'action des flanelles mercurielles?*

Quand on a été témoin des curieuses expériences de M. Merget, on reste bien persuadé qu'il ne saurait en être autrement; mais nous avons tenu à répéter un grand nombre d'analyses et nous avons fait la recherche du mercure : 1° dans les urines de sujets syphilitiques soumis au traitement (clinique de M. le Dr d'Arnozan) et de malades de la ville; 2° dans celles d'individus bien portants qui bénévolement se sont soumis à ce traitement (dans nos propres urines et celles de quelques-uns de nos élèves). Dans toutes, il y avait du mercure.

Les urines prises au réveil, c'est-à-dire après sept ou huit heures de respiration de vapeurs mercurielles, ont manifestement donné la réaction du mercure.

Voici le procédé indiqué par M. Carles pour trouver le mercure dans les urines : on prend 200 grammes d'urine et on les fait bouillir dix minutes environ avec 15 grammes d'acide azotique pur; on laisse refroidir, on décante la liqueur dans un flacon, ou mieux dans de longs tubes de 50 centimètres cubes, et on plonge dans ce liquide un petit fil de cuivre aplati au marteau et bien décapé; on le laisse trente-six heures en contact, après quoi on le lave, on l'essore au papier Joseph, on le recouvre d'une seule épaisseur de papier à cigarettes et finalement on le serre au moyen d'un livre dans le papier réactif préparé comme il a été dit. Dans cet essai, si on a le temps, il est préférable de laisser déposer pendant vingt-quatre heures l'acide urique avant de plonger le fil de cuivre, afin que cet acide ne vienne pas former une gaine protectrice sur ce fil.

S'il y a du mercure dans la liqueur, il amalgame facilement le cuivre, et ce métal laisse alors, en travers des traces argentiques, une trace noire correspondant au contact du fil aplati.

Dans quelles proportions le métal est-il absorbé ? A l'aide de calculs empruntés à l'étude des phénomènes physiologiques de la respiration, M. Merget a noté que la dose absorbée dans une nuit de huit heures pouvait atteindre 12 milligrammes dans les conditions les plus favorables, représentées par la position du sujet qui passe la nuit la joue appliquée sur un traversin recouvert de flanelle mercurialisée.

Pendant ses épreuves personnelles d'inhalation qui ont duré près de quatre mois, M. Merget a trouvé, à la suite de l'analyse des urines et des excréments, que l'élimination quotidienne du mercure s'élevait à 6, 8 et même 9 milligrammes. Il est douteux qu'avec les 15 milligrammes de mercure que renferme une pilule de protoiodure de 25 milligrammes, l'économie en assimule une quantité pareille.

Sur cette dernière question, M. Merget continue ses intéressantes recherches et les publiera bientôt.

D'après ce qui précède, étant donnés les dehors bénins de ce mode de traitement, il nous paraît utile que la clinique s'assure de son efficacité.

Nous citerons encore les expériences suivantes faites par M. Bordier, licencié ès sciences, préparateur de physique à la Faculté de Bordeaux.

Pour déterminer la quantité de vapeur mercurielle que perd une flanelle mercurielle, il ne faut pas oublier, ainsi que l'a fait remarquer M. Carles, que les tissus organiques très hygroscopiques, comme la flanelle, sont sujets à des variations de poids considérables.

D'un autre côté, l'état hygrométrique de l'air étant très variable, on doit, pour résoudre le problème, se mettre à l'abri de cette importante cause d'erreur.

Pour faire la détermination qu'il avait en vue, M. Bordier pouvait employer deux méthodes : ou bien placer la flanelle dans une atmosphère immobile, absolument sèche, dont l'état hygrométrique est égal à zéro ; ou bien la placer au contraire, dans une atmosphère immobile aussi, mais dont l'état hygrométrique serait parfaitement déterminé. Il a utilisé ces deux méthodes ; mais la première étant moins précise, il a donné la préférence à la seconde. Voici comment M. Bordier décrit cette méthode :

Dans la cage bien fermée d'une balance de précision, j'ai suspendu la flanelle mercurielle au crochet supérieur de l'un des plateaux, j'ai fait équilibre de l'autre côté avec de la tare. Un nouet contenant du mercure avait été suspendu quelque temps avant dans la cage, de façon à maintenir saturée de vapeurs mercurielles l'atmosphère de cette cage et empêcher ainsi la flanelle de perdre du mercure par évaporation. Enfin un hygromètre très sensible, d'un nouveau modèle, avait été placé également dans la cage, à côté d'un thermomètre sensible.

J'ai observé, pendant plus de quinze jours, ce qui se passait entre l'état hygrométrique et l'équilibre de la balance, et j'ai constaté que le poids de la flanelle variait dans le même sens que la valeur de l'état hygrométrique. De plus, ayant fait exactement la tare de la flanelle pour la valeur 0,75 de l'état hygrométrique et à la température de 12 degrés, j'ai remarqué que chaque fois que l'hygromètre indiquait cette valeur, le fléau de la balance était en équilibre. Pendant cet intervalle de temps relativement grand, l'état hygrométrique a varié entre 0,80 et 0,70.

Ces recherches préliminaires faites, la flanelle a été placée sous une hotte, au-dessous de laquelle était une étuve, réglée de telle sorte que le thermomètre, suspendu à côté de la flanelle, indiquait constamment la température de 20 degrés. Le courant gazeux produit dans ces conditions avait pour effet d'entraîner la vapeur de mercure et de rendre continue l'évaporation à la surface de la flanelle. Après un temps connu et noté exactement, le tissu était replacé dans la cage de la balance, dont l'atmosphère, il ne faut pas l'oublier, était saturée de vapeurs mercurielles par le nouet de mercure.

On attendait que l'état hygrométrique eût repris sa valeur initiale 0,75, et on trouvait que cette fois l'équilibre était rompu, le fléau s'inclinant du côté de la tare. Le poids qu'il fallait ajouter du côté de la flanelle donnait évidemment la perte de mercure subie par la flanelle. Le poids ajouté restant pendant plusieurs jours en place, je constatais encore que, chaque fois que l'hygromètre marquait 0.75, le fléau était horizontal ; ce qui prouve bien que, dans ces conditions, il n'y a pas de perte de mercure de la part de la flanelle et que la pesée ainsi faite est exacte.

Exp. I. — Flanelle tarée quand l'état hygrométrique avait la valeur 0,75 et à la température de 12 degrés. Placée sous la hotte, à la température 20 degrés, depuis cinq heures trente minutes du soir, jusqu'à sept heures trente minutes du matin. L'évaporation a par conséquent duré quatorze heures.

Perte du poids trouvée : 130 milligrammes.

Ce qui donne, pour le poids de mercure évaporé pendant une heure à 20 degrés : $\frac{130}{14} = 9^{mm},28$.

Exp. II. — Flanelle tarée quand l'état hygrométrique était égal à 0,70, et à la température de 11 degrés. Placée sous la hotte, le 29 mars, à onze heures trente minutes, jusqu'au 31 mars à onze heures trente minutes. L'évaporation à la température de 20 degrés a duré ici quarante-huit heures.

Perte du poids trouvée : 490 milligrammes.

Ce qui donne par heure et à 20 degrés : $\frac{490}{48} = 10^{mm},20$.

Si on compare ce résultat à celui de l'expérience précédente, on voit que les nombres trouvés sont très voisins l'un de l'autre. En prenant la moyenne, on obtient 9 millim. 75, qui représentent le poids de mercure à l'état de vapeur, perdu à 20 degrés par notre flanelle mercurielle.

Les dimensions de cette flanelle étaient de 20 centimètres sur 25 cent. ; ce qui donne, pour la surface, 500 centimètres carrés. En rapportant au décimètre carré le poids de mercure évaporé, on obtient, pour la température de 20 degrés et par heure : $\frac{9^{mm},75}{5} = 1^{mm},95$.

Pour connaître le poids total du mercure qui imprégnait la flanelle, nous avons essayé de l'en chasser par la chaleur ; pour cela, la flanelle a été suspendue dans une étuve, dont la porte est restée entr'ouverte, afin de produire un courant d'air destiné à balayer la vapeur de mercure. Pendant les deux cent quatre-vingt-huit heures consécutives que la flanelle a

été maintenue dans cette étuve, la température a varié entre 100 degrés et 110 degrés. De temps en temps, nous la retirions pour savoir si le papier à l'azotate d'argent ammoniacal cessait d'être impressionné. Bien que moins marquée et plus lente qu'au début, la réduction du sel d'argent s'est toujours produite. Il est probable que cette persistance d'évaporation est due à ce que l'oxyde mercureux, qui est compris dans la trame du tissu spongieux, est lentement décomposé, en fournissant, d'une manière continue, du mercure, dont les vapeurs impressionnent le réactif sensible.

Quoi qu'il en soit, nous avons, en prenant les mêmes précautions que précédemment, déterminé le poids du mercure évaporé ; nous avons trouvé 4 gr. 615. Si on ajoute à ce nombre la perte due aux deux expériences, on obtient 5 gr. 235 pour le poids total du mercure.

La détermination que nous avons faite du poids que perd une flanelle mercurielle, par décimètre carré, par heure et à 20 degrés, permet de connaître ce qu'une flanelle de dimensions données peut fournir de mercure diffusé dans le milieu où respire un malade. La température d'une flanelle placée le plus près possible des orifices des voies respiratoires, peut être évaluée en moyenne à 20 degrés ; d'autre part si on admet comme durée ordinaire de la nuit le nombre de huit heures, on obtient, comme poids de mercure évaporé par 1 décimètre carré de flanelle, en une nuit : $1^{mm},95 = 8 \times 15^{mm},60$.

Si la flanelle a 5 décimètres carrés (ce qui est la surface moyenne qu'on doive donner aux tissus mercurisés pour les besoins thérapeutiques), on voit que la dose de mercure répandu à l'état de vapeur dans l'atmosphère qui entoure le malade, est de : $15^{mm},60 \times 5 = 78$ milligrammes.

Or, il est absolument certain que toute la vapeur contenue dans l'air inspiré pénètre avec lui dans les poumons. Il n'est donc pas étonnant de trouver du mercure dans les urines dès la première nuit du traitement.

Il est clair qu'on peut, par cette méthode, augmenter autant qu'on le voudra la dose de vapeurs mercurielles mises à la disposition d'un malade ; il suffira d'augmenter la surface de la flanelle, de la mesurer et de multiplier le nombre de décimètres carrés par 15 millim., 60 pour connaître le poids de mercure évaporé en une nuit.

REVUE DES LIVRES

E. Ziegler. **Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale,** traduit sur la 6e édition allemande et annoté par G. Augier et E. van Ermengem, 1 vol. in-8o de 751 pages. Bruxelles, A. Manceaux, éditeur, 1892.

La réputation du Traité d'anatomie pathologique de Ziegler est depuis trop longtemps établie en Allemagne pour que les travailleurs français n'aient pas bien souvent regretté de ne pas en avoir la traduction entre les mains. Aussi celle-ci ne peut manquer d'être bien accueillie : sa clarté, son élégance, le nombre, l'étendue, l'importance et l'exactitude des notes que les traducteurs ont ajoutées, mettant à jour la bibliographie française sur plus d'un point, contribueront à assurer son succès.

Le premier volume est consacrée à l'anatomie pathologique générale, aux tumeurs, aux malformations, aux lésions d'origine parasitaire : c'est dire que ce dernier chapitre renferme la plus grande partie de l'étude anatomo-pathologique des affections cutanées, et qu'il devra être consulté par tous les dermatologistes.

Georges Thibierge.

Syphilis primitive et secondaire. — Solery Buscalla. Varios casos de sifilis, Barcelone, 1890.

Dans ce travail, l'auteur passe en revue quelques faits rares ou intéressants de syphilis. On y trouve plusieurs observations qui méritent d'être signalées. C'est d'abord le cas d'un homme atteint d'un chancre induré de la lèvre, lequel avait été diagnostiqué épithéliome. Jour avait même été pris pour l'opération, lorsque la nature syphilitique du mal fut reconnue par le Dr Soler. C'est aussi un second cas de chancre syphilitique pris pour un épithéliome chez un homme qui avait reçu la syphilis de sa femme, celle-ci ayant été contaminée par un nourrisson qu'elle allaitait. C'est encore l'observation d'un jeune homme embrassé sur le cou par une syphilitique et qui contracte de la sorte un chancre infectant. C'est le fait d'une femme qui, nourrissant son enfant, le confie à une amie pour lui donner le sein à diverses reprises. L'enfant prend la syphilis, donne à sa mère un chancre du sein, et à sa grand'mère qui le portait dans la journée, un chancre de l'avant-bras. Parmi les accidents secondaires, l'auteur cite une jeune fille qui était si velue, que jamais, dit l'auteur, je n'ai vu un homme l'être davantage. Au nombre des accidents secondaires, survient en quelques jours une calvitie complète, puis bientôt tombèrent les autres poils du visage et des différentes parties du corps, si bien que la malade était absolument glabre. Mais quelque temps après, la malade ayant été mise en traitement, les poils repoussèrent et elle reprit sa singulière physionomie d'auparavant. Une autre jeune fille devint aussi glabre dans

le cours d'une syphilis secondaire ; le processus syphilitique se porta en outre sur les ongles des mains et des pieds qui tombèrent tous ; sous l'influence du traitement, ils repoussèrent comme les cheveux et les autres poils. Comme troubles nerveux d'origine syphilitique, l'auteur cite un fait d'insomnie complète, un autre cas d'encéphalopathie syphilitique avec aphasie, paralysie, attaques épileptiques. PAUL RAYMOND.

SILVA ARAUJO. **Prophylaxia publica da syphilis.** Rio de Janeiro, 1891, in-8°, 76 p.

Dans cette brochure M. Silva Araujo a réuni les discours qu'il a prononcés à l'Académie de médecine de Rio à l'occasion de la discussion sur la réglementation de la prostitution dont il est l'un des plus chauds partisans. Cette discussion a donné lieu à des communications importantes de M. Araujo en 1890 et en 1891. Elle a abouti aux conclusions suivantes notées par l'Académie.

L'Académie appelle l'attention du gouvernement sur le développement que prend la provocation des prostituées dans la capitale et réclame une répression énergique. Cette provocation a pour conséquence de disséminer les maladies vénériennes et syphilitiques et elle exige que les femmes qui se livrent à la prostitution soient soumises à l'inscription et à des examens sanitaires : elles doivent être hospitalisées lorsqu'elles sont atteintes de ces affections vénériennes. L'Académie appelle aussi l'attention du gouvernement sur la prophylaxie publique de la syphilis : parmi les propositions qu'elle lui soumet, elle considère les suivantes comme étant de la plus grande importance : 1° Réglementation des nourrices de façon à obtenir d'elles et des nourrissons qui leur sont confiés des garanties réciproques contre l'infection syphilitique ; 2° obligation d'un examen de dermato-syphiligraphie dans les Facultés de médecine ; 3° adoption de la vaccination animale ; 4° application rigoureuse des règlements militaires relativement à la prophylaxie et au traitement des maladies vénériennes ; 5° création de dispensaires et d'hôpitaux pour le traitement de ces maladies ; 6° développement de l'instruction populaire par des conférences, des livres, etc., relativement aux dangers de la contamination syphilitique et aux moyens de l'éviter ; 7° protection de la femme pour la soustraire à la misère cause de la prostitution ; 8° appui donné à toutes les associations qui se proposent comme but l'instruction et la protection des mineurs des deux sexes, de même qu'à celles qui se vouent à la conversion des prostituées pour les arracher au vice en leur apprenant à travailler. PAUL RAYMOND.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ET ARTICLES ORIGINAUX

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

S

T

U

V

W

Z

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME III. — TROISIÈME SÉRIE

1892

A

B

BLENNORRHAGIE

E

F

G

H

I

R

SYPHILIS

Histoire.

Étiologie. Contagion.

Évolution de la siphylis.

Chancres syphilitiques.

Syphilides.

Gommes Syphilides tertiaires.

Phénomènes généraux. Association pathologique.

Syphilis des muscles, du rectum, des voies respiratoires. Syphilis du cœur et de l'appareil circulatoire.

Syphilis du foie. Syphilis des organes génito-urinaires.

Syphilis du système nerveux.

Syphilis de l'œil, de l'oreille, du nez.

Syphilis infantile. Syphilis héréditaire.

Traitement de la syphilis.

Généralités. Médecine légale. Prophylaxie.

BIBLIOGRAPHIE

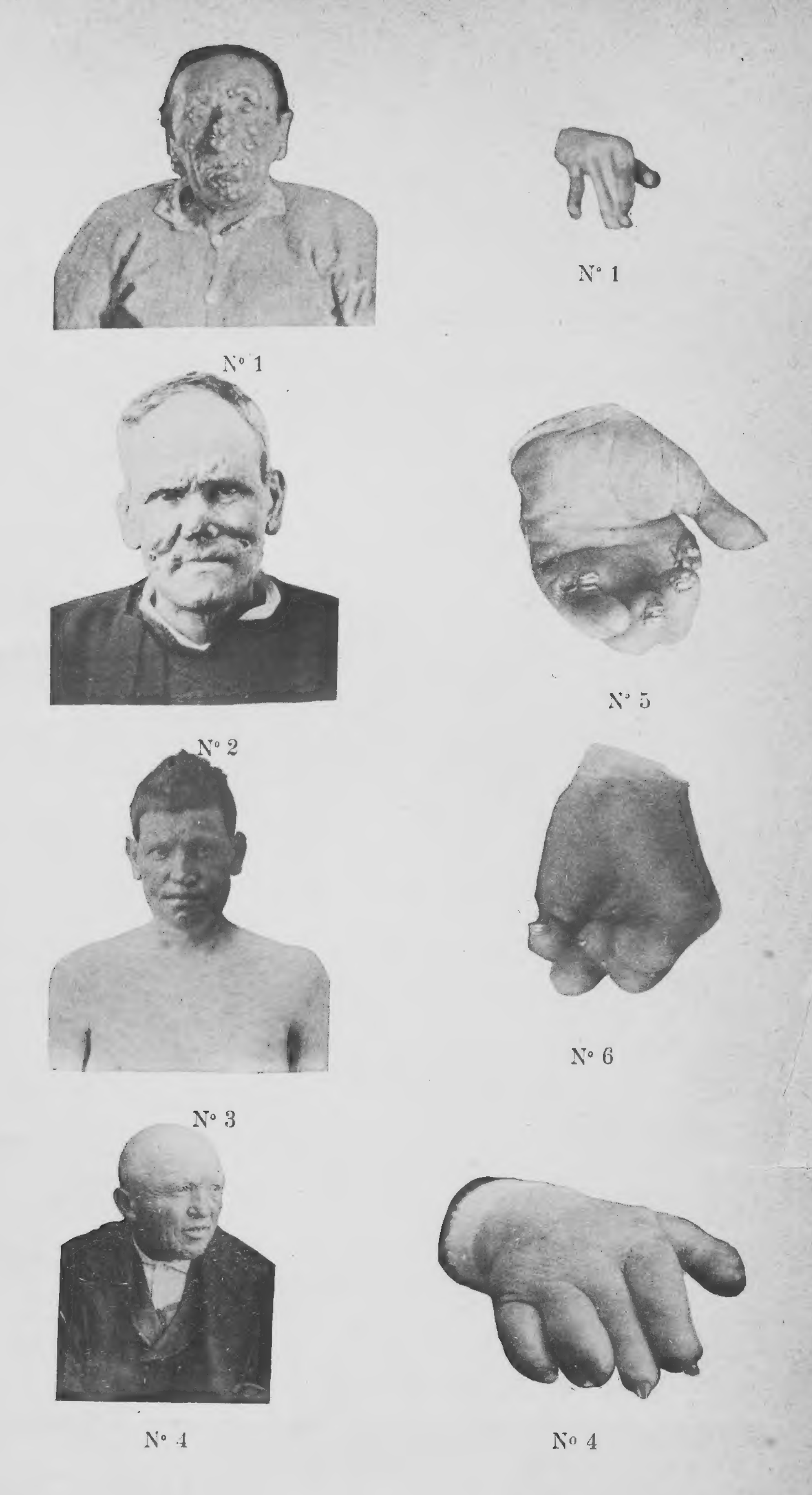
COMPTES RENDUS DES LIVRES

Par ordre alphabétique d'auteurs.

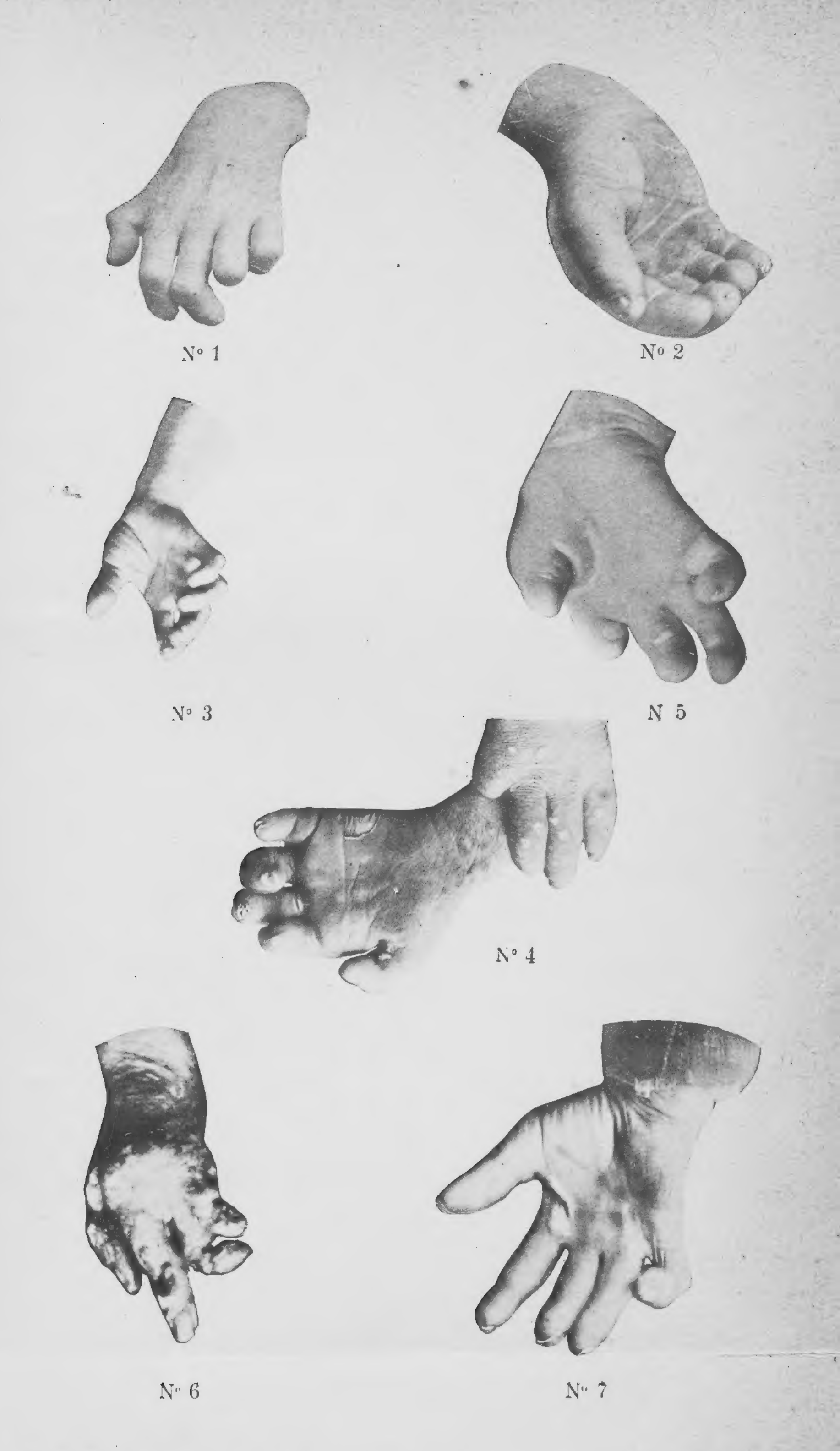
Le Gérant : G. MASSON.



IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



N° 1. Lépreux de Belle-Isle — N° 2. L. tuberculeuse (Morlaix)
N° 3. L. Ichtyosique (Morlaix)



N° 1. S. Cordier — N° 2. Penduff — N° 3. L. Ichtyosique (Morlaix)
N° 4. L. mutilante, tubercules (M. Morvan)
N° 5. L. mutilante (M. Morvan) — N° 6. L. Lazarine (Guingamp)